

ZUR PSYCHOSOMATIK DER COLITIS ULCEROSA

EIN BEITRAG ZUR URSACHENFORSCHUNG

Michael PHILIPP

**1975**



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

[https://archive.org/details/IA41554413\\_0071](https://archive.org/details/IA41554413_0071)

Aus der Klinik und Poliklinik für Psychotherapie

der

Johannes Gutenberg-Universität Mainz

ZUR PSYCHOSOMATIK DER COLITIS ULCEROSA

EIN BEITRAG ZUR URSACHENFORSCHUNG

Inauguraldissertation

zur Erlangung der Doktorwürde der Medizin der Johannes-  
Gutenberg-Universität Mainz, den Medizinischen Fachbereichen

vorgelegt von

Michael PHILIPP

aus Stade



Mainz 1975

Fachbereichsdekan: Professor Dr. E. Straub

Referent: Professor Dr. Langen

Korreferent: Professor Dr. Peters

Tag der mündlichen Prüfung: 17. Dezember 1975

Gesamtherstellung



DITTERS BÜRODIENST

6501 HEIDESHEIM/RHEIN

AM KAPELLECHEN 1 · RUF 06132/57 11



## Inhaltsübersicht

|          |                                             |      |
|----------|---------------------------------------------|------|
| 1.       | Einleitung und Fragestellung                | S. 1 |
| 1.1.     | Das Krankheitsbild der Colitis ulcerosa     | 2    |
| 1.2.     | Material und Methodik                       | 3    |
| 2.       | Zur prämorbidem Persönlichkeitsstruktur     | 4    |
| 2.1.     | Qualitative Beschreibung des Colitistypus   | 4    |
| 2.1.1.   | Typ A: offene Abhängigkeit                  | 4    |
| 2.1.2.   | Typ B: versteckte Abhängigkeit              | 7    |
| 2.1.3.   | Zwanghaftigkeit                             | 8    |
| 2.1.4.   | Sexuelle Unreife                            | 9    |
| 2.1.5.   | Genese der Persönlichkeitsstruktur          | 9    |
| 2.2.     | Quantitative Erfassung einzelner Merkmale   | 12   |
| 2.2.1.   | Methodische Vorbemerkungen                  | 13   |
| 2.2.2.   | Psychiatrische Diagnosen                    | 14   |
| 2.2.2.1. | Diskussion                                  | 16   |
| 2.2.3.   | Testpsychologische Profile                  | 17   |
| 2.2.3.1. | Diskussion                                  | 18   |
| 2.2.4.   | Charakterologische Eigenschaften            | 19   |
| 2.2.4.1. | Diskussion                                  | 21   |
| 2.3.     | Zusammenfassende Diskussion                 | 23   |
| 3.       | Zur Erlebnissituation vor Erkrankungsbeginn | 25   |
| 3.1.     | Qualitative Beschreibung des Erlebnistypus  | 25   |
| 3.1.1.   | Objektive Ereignisse                        | 26   |
| 3.1.2.   | Subjektives Bedeutungserleben               | 27   |
| 3.1.3.   | Affektive Erlebnisverarbeitung              | 27   |

3.2. Quantitative Erfassung einzelner Merkmale S. 29

|                                                  |    |
|--------------------------------------------------|----|
| 3.2.1. Methodische Vorbemerkungen                | 29 |
| 3.2.2. Erlebnissituation bei Ersterkrankten      | 30 |
| 3.2.3. Erlebnissituation bei Rückfallserkrankten | 32 |
| 3.2.4. Erlebnissituation bei gemischten Gruppen  | 32 |
| 3.2.5. Diskussion                                | 33 |

3.3. Zusammenfassende Diskussion 37

4. Psychosomatische Modellvorstellungen 38

4.1. Konversionsmodell 39

4.1.1. Diskussion 40

4.2. Stressmodell 42

4.2.1. Diskussion 45

4.3. Ausblick 46

5. Zusammenfassung 48

6. Literaturverzeichnis 51

## 1. Einleitung und Fragestellung

Die Psychosomatik stellt einen mit Nachdruck in die Welt des Arztes getragenen Versuch dar, eine scheinbar gültige Antwort auf das Leib-Seele-Problem als eine der ewigen menschlichen Fragen zu geben (LANGEN). Sie will den Blick des Arztes vom erkrankten Organ lösen, und die Person in ihrem Kranksein in den Mittelpunkt ärztlichen Denkens rücken; denn krank ist stets der ganze Mensch, nicht bloss ein Teil des Körpers. Es geht ihr darum, das vielfältige Wechselspiel von Leib und Seele in Krankheit und Gesundheit mitzuerfassen und in das ärztliche Handeln einzubeziehen.

So betrachtet ist Psychosomatik keine Fachdisziplin neben anderen, sondern eine Betrachtungsweise in der Medizin, die in jedem ihrer Bereiche Gültigkeit beansprucht.

Dieser Gedanke ganzheitlicher Betrachtung ist nun allerdings nicht neu. Wir finden ihn bereits bei PLATON und können ihn weiter über SYDENHAM und HARVEY bis in die romantische Medizin des 19. Jahrhunderts verfolgen, wo HEINROTH den Begriff "psychosomatisch" in den medizinischen Sprachgebrauch einführte. Neu ist lediglich die zunehmende Resonanz, welche diese Idee in den letzten Jahrzehnten fand. Es ist sicher richtig, wenn HOFF und RINGEL (1964) den entscheidenden Anstoss hierzu in der Einführung der Tiefenpsychologie begründet sehen. Das historische Verdienst FREUDs und ADLERs als Wegbereiter einer tiefenpsychologisch orientierten psychosomatischen Medizin kann jedoch nicht darüberhinwegtäuschen, mit welcher Zwiespältigkeit gerade die deutsche Psychiatrie die zukünftige Bedeutung der Tiefenpsychologie für die Psychosomatik einschätzt. Dem Ausruf v. WEIZSÄCKERS (1949), "die psychosomatische Medizin muss eine tiefenpsychologische sein, oder sie wird nicht sein", steht WEITBRECHTs Warnung (1955) vor der "verhängnisvollen Bindung der Psychosomatik an die Tiefenpsychologie" diametral gegenüber.

Psychosomatik hatte deshalb lange Zeit keinen festen Platz in der deutschen Schulmedizin. Ein vorläufiger Durchbruch gelang erst Anfang der 70er Jahre,

als Psychosomatik neben der medizinischen Psychologie und Soziologie in den Ausbildungskatalog des Medizinstudiums eingeführt wurde.

Als wissenschaftliche Disziplin beteiligt sich Psychosomatik jedoch schon lange an der Ursachenerforschung körperlicher Krankheiten. Hier fragt sie, ob - und "wie seelisches Geschehen körperliche Abläufe krankmachend beeinflusst" (MITSCHERLICH). Mit diesem Begriffsaspekt soll sich nun die vorliegende Arbeit beschäftigen. Sie hat sich das Krankheitsbild der Colitis ulcerosa zum Gegenstand gewählt.

Zwei Absichten werden mit dieser Übersicht und Kritik der psychosomatischen Colitisliteratur verfolgt:

zum einen sollen die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchungen systematisch gesichtet und beurteilt werden, um dadurch zu verbindlichen Aussagen über Beziehungen zwischen psychischen Faktoren und Krankheitsgeschehen der Colitis ulcerosa zu gelangen. Zum anderen soll diese Darstellung aber über den konkreten Gegenstand der Colitis ulcerosa hinausgehend verdeutlichen, wie psychosomatische Ursachenforschung aussehen kann, wo sie ansetzt, mit welchen theoretischen Konzepten sie arbeitet, und wie Empirie und Theorie in der Urteilsbildung ineinandergreifen.

### Das Krankheitsbild der Colitis ulcerosa

Die Bezeichnung Colitis ulcerosa wurde 1875 von WILKS und MOXON für eine Form flächenhafter, geschwüriger Dickdarmentzündung eingeführt. Das so bezeichnete Krankheitsbild wurde als ätiologisch ungeklärt den Dickdarm-entzündungen bekannter Ätiologie gegenübergestellt.

Das klinische Bild wird von schleimig-blutigen Durchfällen und Tenesmen bestimmt. Zusammen mit typischen rektoskopischen, radiologischen und biopsisch-histologischen Befunden erlaubt es im allgemeinen eine sichere Stellung der Diagnose.

Dem klinischen Verlauf nach sind drei Typen zu unterscheiden (MÜLLER-WIELAND 1972): akut-fulminant (10%), chronisch-kontinuierlich (10%), und chronisch-rezidivierend (80%). Die Colitis ulcerosa neigt also in ausserordentlichem Masse zur Chronifizierung. Dabei können örtliche wie entfernte Komplikationen auftreten: akute Blutungen, Perforationen, toxisches Megakolon, karzinomatöse Entartung oder Entzündungen seröser und parenchymatöser Organe.

## 1.2. Material und Methodik

Die Ausgangsfrage des psychosomatischen Untersuchungsansatzes lautet: können seelische Faktoren ermittelt werden, die in einer regelhaften Beziehung zum Auftreten der zur Rede stehenden Krankheit stehen?

Die Suche nach solchen Faktoren erfolgt in zwei Bereichen: dem der Persönlichkeit und dem des aktuellen Erlebens.

Entsprechend wird weiter zu fragen sein:

1. Ist das Auftreten der Colitis ulcerosa an eine typologisch fassbare prämorbidie Persönlichkeitsstruktur bzw. an einzelne Persönlichkeitsmerkmale gebunden?
2. Folgt das Einsetzen der Erkrankung bestimmten, ebenfalls typologisch greifbaren Erlebnisweisen?

Beide Fragen werden dann an hand der vorliegenden Literatur zu beantworten sein. Bejahendenfalls wird weiterhin abzuklären sein, wie häufig sich die vorerst typologisch gefassten Persönlichkeitsstrukturen und Erlebnisweisen tatsächlich finden lassen. Schliesslich wird zu diskutieren sein, wie eine solche Beziehung zwischen seelischen und körperlichen Grössen zu denken ist.

Grundlage der Bearbeitung dieser Fragen ist die deutsch- und englischsprachige Literatur der Jahre 1930 bis 1974. Es wird kein Anspruch auf absolute Vollständigkeit in der Wiedergabe aller Untersuchungsergebnisse erhoben. Wohl aber gehen die nach Methodik und Resonanz wesentlichen Arbeiten in diese Übersicht ein. Übersichtshalber sollen die wichtigsten Autoren und Arbeitsgruppen in der zeitlichen Reihenfolge ihrer Veröffentlichungen an dieser Stelle genannt werden: MURRAY (1930 a und b); SULLIVAN (1932, 1935),

WITTKOWER (1938), die Arbeitsgruppe von DANIELS, KARUSH und O'CONNOR (1940, 1941, 1942, 1943, 1948, 1953, 1955, 1956, 1962, 1968, 1969), die von GRACE, WOLFF und WOLF (1951, 1954), ENGEL (1954 a und b, 1955, 1956, 1958, 1961, 1969), PAULLEY (1950, 1956, 1959), SPERLING (1946, 1957, 1959), GROEN (1947, 1948, 1951, 1953, 1955, 1956, 1968), und in Deutschland: CURTIUS (1943, 1955, 1962), JORES (u.a. 1969), ENKE (1959, 1967), SCHELLACK (1954), SPIEGELBERG (1965), FREYBERGER (1966 a und b, 1969, 1972), FEIEREIS (1969, 1967).

## 2. Zur prämorbidem Persönlichkeitsstruktur

### 2.1. Qualitative Beschreibung des Colitistypus

Eine Reihe von Untersuchern stellt fest, dass Colitispatienten Ähnlichkeiten in ihrer Persönlichkeitsstruktur aufweisen. Dabei werden immer wieder gleichlautende Merkmale beschrieben und zueinander in Beziehung gesetzt. Im folgenden wird der Versuch unternommen, diese Gemeinsamkeiten zu beschreiben und sie nach Art eines Typus zusammenzufassen.

#### 2.1.1. Typ A: offene Abhängigkeit

Das durchgängige Prinzip dieses Typus kann als fehlende Autonomie der Person, Mangel an verinnerlichten Orientierungsmaßstäben und Abhängigkeit zentraler Lebensvollzüge von umweltbezogenen Orientierungs- und Wertsystemen umschrieben werden.

Typ A zeigt eine starke Selbstunsicherheit in Meinungen, Planungen und Handlungen. Er richtet sich dabei vorwiegend nach den jeweiligen Bedürfnissen seiner Umwelt. In seinen Handlungen ist er derart von der Zustimmung anderer abhängig, dass er den eigenen Standpunkt und den eigenen Willen eher aufgibt als sich gegen die Menge zu stellen (GRACE et.al. 1951, WITTKOWER 1938, KARUSH et al. 1968). Er ist auf Führung, Rat und Hilfe äußerer Bezugspersonen angewiesen. (ENGEL 1955). So schliesst er sich gerne deren Initiativen an, während er selber Spontaneität und Initiative vermissen lässt.

Dadurch erlebt er sich oft den anderen hilflos ausgeliefert (KARUSH et al 1968). Er zeigt wenig soziales Engagement, ist kontaktarm und zurückgezogen (WITTKOWER 1938). Er versagt in Situationen, die schnelle Entscheidungen und selbständige Aktionen von ihm verlangen. Entsprechend richtet er sein Leben so ein, dass er selten eigenständige Verantwortung übernehmen muss.

Eine grosse Bedeutung für die Lebensbewältigung kommt bestimmten zentralen Bezugspersonen zu (ENGEL 1955). Er lehnt sich mit Vorliebe an eine solche Person an und verharnt in symbiotischer Abhängigkeit von ihr. Die Art dieser Abhängigkeit folgt dem Muster frühkindlicher Mutter-Kind-Beziehung. Er lebt gleichsam durch diese Schlüsselperson, und ist in seinem Lebenskampf bedingungslos auf sie angewiesen (ENGEL 1955). Diese Schlüsselrolle wird am häufigsten von der Mutter selber eingenommen. Oft erhält sich die Abhängigkeit von ihr bis ins hohe Alter aufrecht (GROEN 1947, FREYBERGER 1972). Es kann jedoch im Laufe des Lebens eine andere Person die Rolle der Mutter übernehmen (ENGEL 1955). Diese Ersatzperson findet sich zumeist im Kreise der Ehepartner, es kommen jedoch auch Geschwister-teile, Schwiegereltern, Freunde, Vorgesetzte - und Ärzte in Frage (SPERLING 1957). Unter Belastungen, wie z.B. Krankheitseinbrüchen, neigt dieser Typ dazu, regressiv-abhängige Beziehungen zu Ärzten und Pflegepersonen einzugehen (GROEN 1955, FREYBERGER 1972).

Auch in seiner emotionalen Befindlichkeit zeigt sich eine enge Bindung an atmosphärische Gegebenheiten der momentanen Umwelt. Er fühlt sich nur wohl, wenn er mit den für ihn bedeutsamen Bezugspersonen zusammen ist. Daher verlangt er nach deren ständiger Verfügbarkeit (GRACE et al 1951). Trennungen von ihnen stören sein labiles emotionales Gleichgewicht empfindlich und stürzen ihn in depressiv-hilflose Verstimmungen (JORES 1969, ENGEL 1955, KARUSH et al 1968, FREYBERGER 1972). Folglich sucht er Trennungen von der Schlüsselperson zu vermeiden, was oft zu grotesker Anhänglichkeit führt. In dieser emotionalen Abhängigkeit entwickelt er eine erhebliche Anspruchshaltung und fordert ständige Aufmerksamkeit,

Zuwendung und Sympathiebezeugung. Dies wird besonders bei Krankenhaus-aufenthalt deutlich (GROEN 1947, ENGEL 1955).

Die Bezugspersonen und ihre Stimmungen und Handlungen haben eine entscheidende Bedeutung für sein Selbstwertgefühl. Er zweifelt sofort an dem Wert seiner eigenen Person, sobald der emotionale Sympathiestrom von aussen versiegt. Minderwertigkeitsgefühle, Unsicherheit und Versagensängste stehen im Mittelpunkt seines Selbsterlebens (WITTKOWER 1938, FEIEREIS 1967, ENGEL 1955, GROEN 1947, SCHAEFFER 1966, KRASNER 1953).

Eine ausgeprägte Empfindsamkeit und leichte Verletzbarkeit ist mit einem feinen Gefühl für feindselige und zurückweisende Einstellungen bei Menschen seiner Umwelt verbunden (SCHELLACK 1954, GRACE et al 1951, JORES 1969, ENGEL 1955, McKELL 1951, ENKE 1960). Dabei werden oft neutrale Reize schon als gefährlich erlebt (T. ALEXANDER 1965). Die Verletzbarkeit bezieht sich besonders auf Situationen, in denen er Angriffen gegen den Wert der eigenen Person, grober Behandlung oder sexueller Erniedrigung ausgesetzt ist (GROEN 1947). Gerade, weil er nun so sehr auf Sympathie und Wohlwollen seiner Umwelt angewiesen ist, kann er kaum gegen ihn gerichtete Feindseligkeit bewältigen. Kränkungerlebnisse gehen ihm übergebürlich lange nach. Überhaupt ist er kaum in der Lage, seinen Gefühlen angemessenen Ausdruck zu verleihen. Er brütet und grollt über Kränkungen, schluckt seinen Ärger, reagiert sich aber kaum mit Worten oder Taten ab.

Diese Neigung zum Zurückhalten und Bewahren starker Gefühle bezieht sich vornehmlich auf Ärger und Wut. Ganz im Gegensatz zu diesen oft starken feindseligen Gefühlen kann er nur wenig von diesen Wünschen in die Tat umsetzen. So weist sein Verhalten eine ausgesprochene Armut an direkten aggressiven Handlungen und feindseligen Reden auf (KARUSH et al 1968, JORES 1969, FULLERTON 1962, SCHELLACK 1954, GROEN 1947). An die Stelle direkter Feindseligkeiten treten oft Klatsch und Tratsch und Hinterrücken-Reden (GROEN 1955). Erst wenn er sich unter dem Schutz einer ihm wohlwollenden Autorität weiss, wagt er es auch einmal direkt aggressiv

zu werden (GROEN 1947). Oft manipuliert er seine zentrale Bezugsperson in der Weise, dass er diese stellvertretend für ihn kämpfen lässt (ENGEL 1955). In diese Rolle der schützenden und stellvertretend aggressiv handelnden Zentralfigur sucht er nicht selten den Arzt anlässlich stationärer Krankenhausaufenthalte zu drängen. Dabei zeigt es sich häufig, dass eine anfänglich auffällig freundliche Wohlgefälligkeit gegenüber Mitpatienten und Pflegepersonen unter zunehmend stabilerer Abhängigkeit vom Arzt in ein anspruchsvoll-nörglerisches Verhalten umschlägt, was seiner eigentlichen Gefühlseinstellung entspricht.

Angst vor den Folgen ausgelebter Feindseligkeit ist der Hauptgrund für deren Unterdrückung. Hierbei steht die Furcht vor Zurückweisungen und vor Verlust der Schlüsselperson ganz im Vordergrund (SPERLING 1957, GROEN 1955, FEIEREIS 1967). Das ganze Verhalten ist darauf gerichtet, gegen ihn gerichtete Aggressionen zu vermeiden (WITTKOWER 1938, ENGEL 1955, GROEN 1947). Dadurch lässt er in manchen Lebenssituationen jedes Gefühl der Eigenständigkeit vermissen und handelt, als wäre er ein Ebenbild der Schlüsselperson: er freut sich nur an dem, was diese freut, er errät ihre unausgesprochenen Wünsche und erfüllt sie bedingungslos, und er beeinflusst seine Umwelt derart, dass diese die Schlüsselperson auf keinen Fall verstimmt (ENGEL 1955).

### 2.1.2. Typ B: versteckte Abhängigkeit

Der B-Typ stellt eine Alternativausprägung zum A-Typ dar. Er kann als Gegenpol zum A-Typ gedacht werden. Zwischen beiden Polen spannt sich eine Reihe fließender Übergangstypen. Gemeinsam ist allen Beteiligten dieser Ergänzungsreihe das zugrundeliegende umfassende Abhängigkeitsbedürfnis. Im einen Pol tritt es als offene Abhängigkeit zutage, im anderen versteckt es sich hinter einer Fassade scheinbarer Autonomie. Der B-Typ wehrt sich gegen den untergründig drängenden Wunsch, in symbiotischer Beziehung mit einer Schlüsselperson zu verharren. Es ist sein Ziel, vor sich und der Welt aktiv, selbständig und unabhängig zu erscheinen (GROEN 1947). Die genauere Klärung seiner Umweltbeziehungen zeigt jedoch, dass die

nächsten Menschen seiner Umgebung auch für ihn die Bedeutung emotionaler Schlüsselfiguren besitzen (FREYBERGER 1972). Bricht die Beziehung zu einer dieser bedeutsamen Kontaktpersonen zusammen, so versagt er, diesen Verlust ohne Schaden für sich zu verarbeiten. Die Fassade scheinbarer Autonomie fällt in sich zusammen und gibt den Blick auf starke regressive Abhängigkeitswünsche frei, die denen des A-Typs entsprechen. Entsprechend diesem Grundverhältnis zwischen zugrundeliegendem Abhängigkeitsstreben und reaktiver Abwehr dieser Bedürfnisse zeigt sich der B-Typ als ein Mensch, der ständig bemüht ist, aktiv und stark zu erscheinen (GROEN 1947). Seine schnell geknüpften Kontakte sind jedoch oberflächlich und wenig tragfähig, seine Gefühlszuwendung bleibt ohne Tiefgang. Schnell anspringende Aggressivität wird bald zurückgezogen, wenn er auf Widerstand stößt. Er selber vermag nur wenig warme Gefühle mitzuteilen, klagt aber gleichzeitig, von Gefühlslosigkeit umgeben zu sein (KARUSH et al 1968).

### 2.1.3. Zwanghaftigkeit

Hierunter kann in formaler Hinsicht die Erscheinung verstanden werden, dass das Wollen und Handeln einer Person überdurchschnittlich stark an bestimmten, unten näher bezeichneten Normen ausgerichtet ist, wobei diese Gebundenheit nicht einer äusseren Notwendigkeit, sondern einem inneren, rational unsinnig erscheinenden Zwang entspringt. Hierzu gehört desweiteren, dass das Nichteinhalten dieser Normen eine Vielfalt von Unlustgefühlen, einschliesslich Angst und Schuld mit sich bringt, deren Vermeidung zum inneren Motiv der zwanghaften Erfüllung wird.

In inhaltlicher Hinsicht begegnet uns Zwanghaftigkeit als ein Bündel zusammengehöriger Eigenschaften, die allesamt dem normalpsychologischen Bereich angehören, jedoch bei starker Ausprägung von der Durchschnittsnorm abweichen. So sehen wir diese Eigenschaften sich erstrecken zwischen Ordnungsliebe und Pedanterie, Genauigkeit und Kleinlichkeit, zwischen Pflichtbewusstsein und blindem Erfüllungszwang,

Gewissenhaftigkeit und Skrupulosität, Pünktlichkeit und zwanghafter Verspätungsangst.

Die Neigung zu Ordentlichkeit und Adrettheit zeigt sich in Wahl und Haltung der Kleidung; Organisation und Gründlichkeit der Haushaltsführung und Berufsausübung kündigt von Pflichtbewusstsein, Sauberkeitssinn und Sparsamkeit. Störungen der Ordnung, Umstossen des Zeitplanes, alles Unvorhergesehene, Unberechenbare, alles Schmutzige und Nachlässige beunruhigt und verunsichert in erheblichem Masse, lässt Angst und Spannung aufkommen (WITTKOWER 1938, KARUSH et al 1968, SCHELLACK 1954, ENGEL 1955, FEIEREIS 1967, FREYBERGER 1972, JORES 1969, SPERLING 1959, MAHONEY 1949, FULLERTON 1962, DEUCHER 1963, GROEN 1947, GRACE et al 1951).

#### 2.1.4. Sexuelle Unreife

Neben offener bzw. versteckter Abhängigkeit und Zwanghaftigkeit stellt die sexuelle Reifungsstörung die dritte Säule eines umfassenden Colitistypus dar (MURRAY 1930a, GRACE et al 1951, ENGEL 1955, GROEN 1947, SPIEGELBERG 1965, KÜHN 1967, SCHAEFFER 1966). Sie tritt uns in unterschiedlichen Facetten entgegen. Ein kraftvolles, inniges Geschlechtsleben fehlt zumeist. Dafür wird Frigidität und Impotenz angetroffen. Auch als Erwachsener werden nur selten heterosexuelle Erfahrungen gemacht. Diesem Mangel genital-sexueller Bedürfnisse entspricht eine übertrieben idealistische, naive und infantile Auffassung von Liebe. Sie wird mit einer besonderen Form gegenseitiger Bewunderung und Harmonie zwischen den Partnern gleichgesetzt, körperliche Sexualität wird dagegen als niedrig und unwürdig empfunden. An ihre Stelle tritt das Bedürfnis nach Zärtlichkeit und mütterlich-warmem Umsorgtwerden.

#### 2.1.5. Genese der Persönlichkeitsstruktur

Es fehlt nicht an Versuchen, Persönlichkeitsstrukturen, wie sie eben beschrieben wurden, auf bestimmte Entwicklungsbedingungen zurückzuführen. Dass allerdings

ebenso erbbiologische Anlagebedingungen zu diskutieren sind, versteht sich von selbst. Da hierzu keine Ergebnisse der Erbforschung vorliegen (denkbar wäre die Untersuchung ein- und zweieiiger Zwillinge auf Konkordanzunterschiede) beschränke ich mich auf die Darstellung entwicklungsgeschichtlicher Faktoren.

Beachtung fand vor allem die Beziehung zu den Umgebungspersonen der frühen Kindheit. Während Geschwistern und Vätern keine über das normale Mass hinausgehende Bedeutung zugeschrieben wird und ihre Einstellungen zum Patienten keinem einheitlichen Muster folgen, rückt die Beziehung zur Mutter ganz ins Zentrum der Betrachtungen. Die Befunde von ENGEL (1955), SPERLING (1957) und FREYBERGER (1972) zur Charakterstruktur der Mütter und zur Wechselbeziehung zwischen Mutter und Patient können typologisch wie folgt gefasst werden. Bei den Müttern handelt es sich um Frauen, die sich ständig besorgt zeigen um das Wohlergehen ihrer Kinder. Sie opfern sich für ihr Kind und ihre Familie auf, spielen gleichzeitig eine Märtyterrolle in dem Familienverband. Gefühlsmäßig stehen sie trotz äusserer Besorgtheit dem Kinde ambivalent gegenüber. Sie nutzen ihre Aufopferungshaltung aus, um Schuldgefühle im Kind zu erzeugen und es dadurch um so fester an sich zu binden. Durch ihr Verhalten lassen sie zugleich ein Gefühl der Abhängigkeit und Hilfslosigkeit in dem Kind entstehen. Krankheit des Kindes ermöglicht es ihnen, es in noch grösserer Abhängigkeit halten zu können. Sie engen die motorische Entwicklung ein und behindern das Selbständigwerden des Kindes. Im Stadium der Sauberkeitserziehung kontrollieren sie übermässig seine Darmfunktion. Expansiv-aggressives Verhalten wird in diesem Entwicklungsstadium übergebührlich unterdrückt. Schon frühzeitig verlangen sie von ihrem Kind starke Versagungen. Immer wieder brechen destruktive Impulse gegen das Kind durch, die sie selber zumeist jedoch nicht als solche bemerken.

In den Schilderungen der Patienten spiegelt sich diese Haltung der Mütter als kalt, strafend, beherrschend und einengend.

Unter Zuhilfenahme psychoanalytischer Modellvorstellungen kann der Einfluss dieser Charakterhaltung der Mutter auf die Persönlichkeitsentwicklung des Kindes folgendermassen gedacht werden:

Elementare Sicherheits- und Geborgenheitsbedürfnisse des Kleinkindes werden durch die ambivalent zu ihm eingestellte Mutter bedroht, die auf fordernd-aggressive Haltungen des Kindes mit Liebesentzug und destruktiven Impulsen reagiert. Dadurch gerät das Kind in einen Konflikt zwischen fordernden Wünschen und elementaren Sicherheitsbedürfnissen. Angesichts des Objektverlustes, der bei Durchbruch seiner fordernden Impulse droht, lernt es das Kind, diese Wünsche zu unterdrücken. Dieser Verzicht gelingt jedoch nur unter gleichzeitigem Rückgriff auf Formen der Bedürfnisbefriedigung, die einer früheren – nämlich der oralen Stufe der Entwicklung angehören. Vornehmlich handelt es sich hierbei um die symbiotische Abhängigkeit von der Mutter. Diese Regression dient also der Sicherung vor dem drohenden Objektverlust, und stellt gleichzeitig einen Ersatz für die unterdrückten Strebungen dar. Im selben Zug werden zwanghafte Einstellungen als Gegengewicht zu den expansiv-fordernden Wünschen überbetont. Hierdurch wird die spätere Ausbildung zwanghafter Persönlichkeitsanteile gefördert.

Der Rückgriff auf die symbiotische Abhängigkeit wurde bereits als Folge des Ausgangskonfliktes erwähnt. Das Kind kann nun in dieser Abhängigkeit verharren, und die dahinterstehenden Strebungen im späteren Leben auf andere Personen oder Symbole übertragen. Oder aber es wehrt seine Abhängigkeitshaltung ab, indem es äusserlich nach Unabhängigkeit und Individuation strebt. Nur die tiefe Verletzbarkeit gegenüber Objektverlusten kündigt dann noch davon, dass das Abhängigkeitsbedürfnis nicht aufgehoben, sondern nur verleugnet ist.

Die offene oder versteckte Abhängigkeit kann zum Angelpunkt einschneidender psychodynamischer Vorgänge werden: wird die Beziehung zur Schlüsselfigur unterbrochen, so versiegt die infantil-orale Bedürfnisbefriedigung, auf welche die ganze Persönlichkeit zugeschnitten ist. Damit bricht aber gleichzeitig die Abwehr gegen die im Grundkonflikt unterdrückten und

seither versteckten Forderungen zusammen. Die wiederaufkeimenden Ansprüche lösen Angst aus, wie sie es in der Kindheit taten, und müssen deshalb erneut abgewehrt werden. Abhängigkeitswünsche treten in dieser wiederbelebten Konfliktsituation verstärkt zu Tage, Forderungen werden zurückgezogen und aggressive Strebungen schuldvoll gegen die eigene Person gewendet.

Am Ende dieser Entwicklung wird der Betroffene in tiefer Regression von depressiven Gefühlen umfassen.

Ich möchte auf die besondere Bedeutung der hier beschriebenen Grundkonflikte, ihrer Verarbeitungen und möglichen Dekompensationen an anderer Stelle noch einmal eingehen.

## 2.2. Quantitative Erfassung einzelner Merkmale

Wir stehen vor dem Bild des Colitispatienten als einem Typus, der als solcher nicht den Anspruch erheben kann, Abbild der Wirklichkeit zu sein, sondern Abstraktion einzelner realer Gegebenheiten. Und dennoch verbindet sich mit seiner Darstellung der Eindruck der ihn zeichnenden Untersucher, dass er das Eigentliche der Colitispatienten versinnbildliche, dass also Colitispatienten in ihrer Persönlichkeitsstruktur etwas Eigentliches aufwiesen, was sie von anderen Menschen abhebe.

Wir besitzen damit ein erstes Ergebnis: Colitispatienten sind anders als die übrigen Menschen, und sie sind es im Sinne dieses dargestellten Typus. Das Wissen um die Tatsache, dass es sich bei diesem Typus um eine Verallgemeinerung einzelner Beobachtungsdaten handelt, drängt danach, auf eine andere Weise Bestätigungen für die Behauptung des Andersseins zu bekommen.

Wir werden auf drei Wegen versuchen, uns diesem Ziel zu nähern:

Als erstes wird gefragt werden, ob sich im Kreis der Colitispatienten häufiger Diagnosen abnormer Persönlichkeiten und Neurosen finden, als wir es im allgemeinen gewohnt sind. Diese Frage geht auf die Überlegung zurück, dass, wenn Colitispatienten tatsächlich im Sinne dieses Typus von der Norm abweichen, sich auch im diagnostischen Raster ein höheres Mass an abnormen

Einzelpersonen finden müsste. Als nächstes wird untersucht, ob Colitispatienten nach testpsychologischen Maßstäben von der Norm abweichen. Dieser Frage liegt die gleiche Überlegung, wie oben, zu Grunde.

Schliesslich soll unmittelbar überprüft werden, ob die den Typus zusammensetzenden Einzelmerkmale der Persönlichkeit tatsächlich häufiger - und um wieviel häufiger - als in der Normalbevölkerung vorkommen.

### 2.2.1. Methodische Vorbemerkungen

Ein Abbild der Wirklichkeit lässt sich nur dann erhalten, wenn der untersuchte Ausschnitt repräsentativ und nicht verzerrt ist. Das bedeutet, dass wir nur solche Untersuchungen für die folgenden quantitativen Fragestellungen heranziehen können, die der Forderung nach Selektionsfreiheit und Repräsentativität genügen.

Es fällt als erstes eine Gruppe von Arbeiten heraus, die allerdings für die Beschreibung des Typus von hervorragender Bedeutung waren: es sind dies Einzelfallstudien und Kleinstgruppenuntersuchungen von BRESSLER (1956), CASTELNUOVO-TEDESCU (1962), DANIELS (1940), DE BOOR (1964), ENKE (1959), GROEN (1947), KAHANA (1962), KARUSH et al. (1953, 1955), MURRAY (1930 b), MUSHATT (1954), SCHELLACK (1954), SPERLING (1946), SULLIVAN et al. (1932) und SIFNEOS (1953).

Untersuchungen mit Patientenzahlen unter 20 scheinen uns ebenfalls nicht ausreichend gross zu sein: BLÄKER (1969), ENKE (1963), GRACE et al. (1951), SCHAEFFER (1968), SULLIVAN (1936).

Ebenfalls ausgeschlossen werden müssen Untersuchungen, bei denen eine positive Selektion vorliegt. Dies ist vornehmlich bei Patienten psychotherapeutisch - psychiatrischer Institutionen anzunehmen, die erst auf Grund von psychischen Auffälligkeiten dorthin überwiesen wurden. Hierunter fallen die Arbeiten von DANIELS (1962), ENKE (1963), FULLERTON (1962), KARUSH et al. (1968 und 1969), LINDEMANN (1945), O'CONNOR et al. (1964 a und b, 1966), PRUGH (1951), SCHAEFFER (1966, 1968), SPERLING (1959), SULLIVAN (1932, 1936) und WEINSTOCK (1961).

Schliesslich werden auch solche Untersuchungen nicht miteinbezogen, die sich nur mit Untergruppen befassen, etwa nur mit Kindern oder nur mit operierten Colitispatienten: T. ALEXANDER (1965), BLÄKER et al. (1969), McDERMOTT (1967), PRUGH (1951), SPERLING (1958), SIM (1958) und THEISINGER (1969).

Die Zahl der verwertbaren Untersuchungen ist entsprechend klein. Es handelt sich dabei durchwegs um konsekutive Patientenserien internistischer Kliniken mit Patientenzahlen zwischen 20 und 200: AREND und MARTINI (1968), ASKEVOLD (1964), BARENDREGT und GROEN (1953), CURTIUS (1962), ENGEL (1955, 1956), FEIEREIS (1967), FELDMAN (1967), FREYBERGER (1972, 1969), GROEN (1955, 1968), KÜHN (1967), McKEGNEY (1970), MENDELOFF (1970), PALMER (1948), PAULLEY (1950), SPIEGELBERG (1965), WEST (1970), WISJENBEEK (1968) und WITTKOWER (1938).

In der verbleibenden Gruppe von Untersuchungen kann schliesslich eine weitere Differenzierung vorgenommen werden. Nach dem methodischen Vorgehen der Untersucher ist eine erste Gruppe zu nennen, in welcher man sich auf ein bis zwei psychiatrische Interviews speziell zum Zwecke wissenschaftlicher Untersuchungen stützte: ASKEVOLD (1964), PAULLEY (1950), SPIEGELBERG (1965), WITTKOWER (1938) und WISJENBEEK (1968). Die übrigen Untersucher entnehmen ihre Beobachtungen mehrmonatigen Psychotherapien von Colitispatienten: ENGEL (1955), FREYBERGER (1972), FEIEREIS (1967), MAHONEY (1949).

### 2.2.2. Psychiatrische Diagnosen

Es ist wiederholt gefragt worden, ob Colitispatienten häufiger Persönlichkeitsstörungen, neurotische Entwicklungen oder Psychosen zeigen, als dies in der Durchschnittsbevölkerung der Fall sei. Diese Frage geht von der Überlegung aus, dass diese Diagnosen dann häufiger gestellt werden müssten, wenn Colitispatienten tatsächlich in ihrer Persönlichkeitsstruktur und -Entwicklung von der Norm abweichen. Die Untersuchung der Häufigkeit psychiatrischer Diagnosen wird somit zum Prüfstein für die mit der Konstruktion des Colitis-

typus ausgesprochene Hypothese.

Dass hierbei auch auf die Inzidenz von Psychosen in der Vorgeschichte geachtet wird, ist mehr im nebenbei zu erwähnen - es sei denn, man vertrete die Auffassung, dass die Psychosehäufigkeit mit der der neurotischen Entwicklungen und der Persönlichkeitsstörungen gekoppelt sei.

Die folgende Tabelle fasst die wesentlichen Befunde zusammen:

Tabelle 1: Häufigkeit psychiatrischer Diagnosen

| <u>Autor</u>         | <u>neurot.<br/>Entw.</u> | <u>Persönl.<br/>störungen</u>                                                                                                                                     | <u>Psychosen</u> |
|----------------------|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| ASKEVOLD             | --                       | --                                                                                                                                                                | 2 %              |
| CURTIUS              | 61%                      | 9%                                                                                                                                                                | 0 %              |
| ENGEL                | --                       | --                                                                                                                                                                | 5 %              |
| FEIEREIS             | 48%                      | 7%                                                                                                                                                                | 0 %              |
| FELDMAN et al.       | --                       | 15%                                                                                                                                                               | --               |
| FREYBERGER           | --                       | --                                                                                                                                                                | 1 %              |
| GROEN &<br>BIERNBAUM | "die meisten"            | --                                                                                                                                                                | --               |
| KÜHN &<br>NÄGELE     | --                       | 23%                                                                                                                                                               | --               |
| McKEGNEY et al.      | 0%                       | 29%                                                                                                                                                               | 10 %             |
| SPIEGELBERG          |                          | 46%                                                                                                                                                               |                  |
| WITTKOWER            | 93%                      |  <p>"psychiatrische Abweichungen oder definierte psychiatrische Störungen"</p> |                  |

Es soll im nebenher erwähnt werden, dass Arbeiten, denen selektierte Patientengruppen zu Grunde liegen, je nach Selektionskriterium zu unterschiedlichen Ergebnissen kommen. So geben ENKE 80% und SCHELLACK gar 100% Neurosendiagnosen an - bei Patienten, die zum Zwecke der Psychotherapie überwiesen wurden; im Gegensatz dazu findet DE DOMBAL als Internist in einem unausgelesenen Krankengut "in der

überwiegenden Mehrzahl normale, gut angepasste Persönlichkeiten".

#### 2.2.2.1. Diskussion

Beeindruckend ist an diesen Zahlen zuerst einmal ihre grosse Streubreite und Widersprüchlichkeit. Die Angaben von GROEN und CURTIUS über die Häufigkeit neurotischer Entwicklungen stehen denen von McKEGNEY (oder auch von DE DOMBAL) diametral gegenüber. Etwas näher beieinander liegen die Angaben bezüglich der Persönlichkeitsstörungen. Die Inzidenz von Psychosen in der Vorgeschichte lässt schliesslich die grösste Homogenität - mit Ausnahme des Befundes von McKEGNEY - erkennen.

Für alle drei Diagnosengruppen stellt sich nun die Frage: weicht die Diagnosehäufigkeit von der Norm ab? Um dies beantworten zu können, bedürfte es Untersuchungen an repräsentativen Stichproben der Bevölkerung. Diese Untersuchungen müssten nun allerdings mit einheitlichen Methoden und klar definierten Maßstäben arbeiten, z.B. genau festlegen, wo sie die Grenze von abnorm und normal zögen. Dass solche Untersuchungen im Rahmen der Colitisforschung nicht vorliegen - wenn man von der Arbeit FELDMAN's absieht - macht die genaue Beantwortung dieser Frage unmöglich. Auch eine annähernde Beurteilung kann angesichts der hohen Streubreite der Diagnosehäufigkeit bei Colitispatienten mit nur wenig Zuverlässigkeit durchgeführt werden. Denn wer sagt uns, ob z.B. CURTIUS und McKEGNEY mit dem selben Neurosenbegriff gearbeitet haben? Ob sie bei Anwendung ihres Maßstabes nicht auch bei einer Bevölkerungstichprobe erhebliche Unterschiede in den Ergebnissen eben aufgrund einer unterschiedlichen Methode gewonnen hätten? Es geht nicht an, dass etwa der unabhängige Beurteiler einen Erfahrungswert einbringt - ich nenne einmal willkürlich den, dass Psychopathien in etwa 25% der Bevölkerung angetroffen werden - und nun an diesem Wert die Normabweichung in den vorliegenden Untersuchungen misst. Ein solches Vorgehen wäre nur dann statthaft, wenn wir zu unserem Erfahrungswert mit der gleichen Methodik gekommen wären, wie die anderen Untersucher. Die Kluft zwischen deren Ergebnissen lässt sich aber eben nur durch die Annahme unterschiedlicher Methodik erklären - womit uns jegliche

Beurteilungsmöglichkeiten genommen sind.

Wir müssen uns also damit abfinden, aus den vorliegenden Untersuchungen aufgrund methodischer Mängel ( fehlende Vergleichbarkeit, fehlende Kontrollgruppen) keine verbindlichen Aussagen über ein Normabweichen der Häufigkeit psychiatrischer Diagnosen treffen zu können.

### 2.2.3. Testpsychologische Profile

Zur Anwendung kamen psychometrische und projektive Tests. Dabei wurden wiederholt Kontrollgruppen miteinbezogen, grösstenteils Patienten mit anderen definierten Krankheiten.

KRASNER (1953) vergleicht Colitispatienten mit Ulcus duodeni Patienten. Eine Batterie von mehreren psychometrischen Tests (MMPI, Cornell Medical Index u.a.m.) liefert insgesamt 500 Diskriminationskriterien. Keines dieser Kriterien ist jedoch in der Lage, zwischen den Patienten der beiden Gruppen zu unterscheiden. Der Vergleich mit einer Gruppe gemischter chirurgischer Erkrankungen lässt jedoch die Trennung anhand einiger Testkriterien zu.

Mit dem Cornell Medical Index finden McKEGNEY und Mitarbeiter (1970) kein Abweichen der Colitispatienten gegenüber Patienten mit Morbus Crohn. In beiden Gruppen weichen die Durchschnittswerte emotionaler Gestörtheit allerdings von den Werten der Durchschnittsbevölkerung ab.

Noch auffälliger sind die Befunde von FULLERTON und Mitarbeitern (1962). Diese Autoren finden bei Colitispatienten in 81% der Fälle pathologische MMPI-Profile. FORD (1969), der das MMPI-Profil bei Morbus Crohn Patienten erhebt, kann diese allerdings nicht unterschiedlich von den von FULLERTON bei Colitikern angegebenen finden.

Auch WEST (1970) vergleicht Colitispatienten mittels MMPI mit Trägern anderer Krankheiten. Sie wählt Patienten mit Colica mucosa, Hypertonie, verschiedenen Hautkrankheiten, Erkrankungen des oberen Magendarmtraktes, Muskelverspannungen, Kopfschmerzen und Asthma zum Vergleich.

Die Durchschnittswerte der Colitispatienten liegen in den einzelnen MMPI Skalen unter denen der Vergleichsgruppen. Der auffälligste Kontrast ergibt sich dabei im Vergleich mit den Colica mucosa Patienten. Auch die Patienten mit Ulcus duodeni haben in einigen Skalen signifikant höhere Werte. Die Colitispatienten gleichen in ihren MMPI-Profilen vielmehr dem Durchschnittspatiententum allgemeinmedizinischer Stationen.

Projektive Tests (Behn-Rorschach-Test) werden von BARENDREGT und GROEN verwendet. Die Colitispatienten werden einer Gruppe gesunder Normalpersonen gegenübergestellt. Hierbei finden sich deutliche Unterschiede. Colitispatienten zeigen eine erhöhte Vulnerabilität, die sie jedoch hinter einer nach aussen gezeigten Gleichgültigkeit zu verbergen versuchen. Züge emotionaler Unreife, Abhängigkeit und Aggressionsgehemmtheit sind ebenfalls bei Colitispatienten häufiger, als in der Vergleichsgruppe.

#### 2.2.3.1. Diskussion

Was im vorigen Abschnitt als methodische Schwäche auffiel, ist in diesem in vorbildlicher Weise gegeben: die reproduzierbare, verlässliche und standardisierte Erfassung psychologischer Merkmale bei Colitispatienten und bei Vergleichsgruppen.

Sie zeigt uns, dass der Grad emotionaler Gestörtheit bei Colitispatienten höher ist, als in der Normalbevölkerung (McKEGNEY). Dieser Befund wird durch FULLERTON bestätigt. Auch die projektive Untersuchung BARENDREGT's lässt sich in diesem Sinne interpretieren.

Eine Spezifität bestimmter Merkmale für die Colitis ulcerosa lässt sich jedoch anhand der im MMPI, CMI oder anderer psychometrischer Tests vorgegebenen Merkmale nicht sichern. Colitispatienten heben sich nicht von allgemeinmedizinischen Patienten ab, stehen im Grad der Gestörtheit dagegen noch unterhalb "psychosomatischer" Patienten (Colica mucosa, Asthma, Ekzem etc. - siehe WEST). Auch der Vergleich mit anderen Erkrankungen des Magendarmtraktes lässt keinen Unterschied im MMPI-Profil erkennen.

Zusammenfassend lassen sich diese Befunde im Sinne eines Normabweichens der Colitispatienten interpretieren, wobei kritisch eingewendet werden muss, dass der Test an bereits erkrankten Patienten angewendet wird und nicht sicher gewährleistet, dass nicht auch Grössen miteingehen, die lediglich Folge der Erkrankung sind (erhebliche emotionale Belastung durch die quälende Symptomatik und den chronisch-rezidivierenden Verlauf).

#### 2.2.4. Charakterologische Eigenschaften

In diesem Abschnitt wird besprochen, wie häufig sich einzelne Persönlichkeitsmerkmale bei Colitispatienten finden. Nach einem Überblick über die Ergebnisse der verschiedenen Untersuchungsgruppen sollen diejenigen Eigenschaften herausgegriffen werden, die im oben gezeichneten Colistypus enthalten sind. Es wird dann zu fragen sein, inwieweit sie geeignet sind, die Hypothese dieses Typus zu stützen.

ASKEVOLD (1964) erhebt bei 60 Patienten folgende Befunde: Schüchternheit 38%. Rigidität: 40%. Selbstunsicherheit und Angst 50%. Unbefriedigter Ehrgeiz: 17%. Aggressionshemmung: 37%. 88% aller Patienten weisen wenigstens eines dieser fünf Merkmale auf, 37% haben wenigstens 3, und 5% alle 5 Merkmale.

ENGEL (1955) findet zwanghafte Charakterzüge in 96%. Unterwürfige Freundlichkeit gepaart mit Empfindsamkeit und geringer Selbstachtung zeigen 92%.

Infantilität bezeichnet FREYBERGER (1972) als obligates Merkmal aller seiner Patienten. FREYBERGER umgreift dabei mit diesem Begriff die Erscheinung der offenen bzw. verdeckten Abhängigkeit und das Merkmal gehemmter Aggressivität. 60% kann FREYBERGER der Gruppe der offenen Abhängigen (Typ A), zuordnen, 40% der der verdeckt Abhängigen (Typ B).

Ein Teil der Patienten werden als anal-regressiv beschrieben. Die gemeinten Erscheinungen decken sich dabei mit den als Zwanghaftigkeit bezeichneten. Obligat scheint FREYBERGER schliesslich ein Grundkonflikt zwischen aggressiv-fordernden Wünschen und verbotenden über-Ich-Impulsen.

FEIEREIS (1967) stellte eine depressive Persönlichkeitsstruktur bei 22% seiner 166 Patienten fest.

MAHONEY und Mitarbeiter (1949) finden folgende Ergebnisse:

Empfindsamkeit, Durchsetzungsunfähigkeit und Gespanntheit: 100%;

Ängstlichkeit, Feindseligkeit als Grundeinstellung, sexuelle Unreife und Abhängigkeit: 95%.

Offen aggressives Verhalten: 60%, Unentschlossenheit und Skrupulosität: 90%.

Passivität: 80%; offene Abhängigkeit: 75%; Gewissenhaftigkeit: 75%;

Perfektionismus: 60%; emotionale Schwingungsunfähigkeit: 0%.

Zwanghafte Züge findet WITTKOWER (1938) bei mehr als der Hälfte seiner Patienten. 66% sind überdies unreif.

WISJENBEEK und Mitarbeiter (1968) kommen zu folgenden Ergebnissen:

Verletzbarkeit: 82%. Verborgene Feindseligkeit: 86%. Depressionsneigung: 77%.

Ehrgeiz: 68%. Krankheitsverleugnung: 73%. Rigidität: 50%. Feinsinnigkeit: 50%.

Abhängigkeit: 50%.

Fassen wir nun diejenigen Eigenschaften zusammen, die uns im Rahmen unserer Typologie interessieren. Es zeigen sich folgende Häufigkeitsangaben:

Offene Abhängigkeit (Typ A): 50% (WISJENBEEK), 60% (FREYBERGER), 75% (MAHONEY).

Verdeckte Abhängigkeit (Typ B): 20% (MAHONEY). 40% (FREYBERGER).

Empfindsamkeit: 50% (WISJENBEEK). 92% (ENGEL). 100% (MAHONEY).

Verborgene Feindseligkeit: 86% (WISJENBEEK). 95% (MAHONEY).

Hemmung der aggressiven Entäusserungsfähigkeit: 86% (WISJENBEEK).

92% (ENGEL). 100% (FREYBERGER).

Zwanghaftigkeit: mehr als 50% (WITTKOWER). 64% (WISJENBEEK);

60, 75, 90% (MAHONEY, nach einzelnen Komponenten); 96% (ENGEL).

Gestörtes Selbstwerterleben: 38 bzw. 50% (ASKEVOLD, zwei Komponenten); 92% (ENGEL).

Sexuelle Reifungsstörung: 66% (WITTKOWER); 95% (MAHONEY).

Depressionsneigung: 22% (FEIEREIS); 77% (WISJENBEEK).

#### 2.2.4.1. Diskussion

Der Colitistypus weist die Züge Abhängigkeit, Zwanghaftigkeit und sexuelle Unreife auf. Abhängigkeit tritt dabei in offener oder verdeckter Form auf. Eigenschaften, wie verborgene Feindseligkeit, Aggressionshemmung, Empfindsamkeit und Depressionsneigung sind als Teilaspekte im Erscheinungsbild der Abhängigkeit enthalten.

Alle diese Eigenschaften werden bei Colitispatienten von verschiedenen Untersuchern in ausgesprochener Häufung vorgefunden. Die Tatsache der immer noch beträchtlichen Unterschiede in den Häufigkeitsangaben kann nicht verdecken, dass auch die niedrigsten Häufigkeitszahlen (mit Ausnahme der Depressionsneigung bei ASKEVOLD) nicht unter 50% lagen. Dass diese Divergenzen vorliegen, kann nicht anders als mit einer unterschiedlichen Fassung der Grenzen des jeweiligen Begriffes erklärt werden.

Entspricht eine derartige Mindesthäufung der zur Rede stehenden Eigenschaften in mehr als der Hälfte aller Patienten nun der Zufallserwartung? Um dies exakt überprüfen zu können, bedürfte es auch hier des Vergleichs mit gesunden Bevölkerungsstichproben. Einige Untersucher sehen die Notwendigkeit solcher Kontrolluntersuchungen, ziehen aber unterschiedliche Vergleichsgruppen heran.

PAULLEY (1950) vergleicht die bei 173 Colitispatienten gefundenen Persönlichkeitsmerkmale mit denen einer Kontrollgruppe von 98 Patienten einer Strahlenklinik. Nur 5 der Vergleichspatienten zeigen die gleiche Merkmalszusammensetzung, wie PAULLEY sie (in Übereinstimmung mit unserem Colitistypus) in der überwiegenden Mehrheit der Colitispatienten findet.

McMAHON u.M. (1973) stellen die Persönlichkeitsbefunde ihrer Colitispatienten denen der gesunden Geschwister dieser Patienten gegenüber. Einzelne Merkmale, die sich mit unserem Begriff der Abhängigkeit inhaltlich decken, sind bei den Patienten signifikant häufiger ausgeprägt, als bei ihren gesunden Geschwistern.

Eine dritte derartige Vergleichsuntersuchung liegt von FELDMAN u.M. (1967) vor. 74 Patienten einer gastroenterologischen Abteilung werden 34 Colitispatienten gegenübergestellt. 65 verschiedene Persönlichkeitsmerkmale, nach deren Vorhandensein beide Gruppen untersucht werden, finden sich in vergleichbarer Häufigkeitsverteilung. Der Widerspruch, in dem FELDMAN mit seinen Ergebnissen zu denen PAULLEY und McMAHON steht, lässt sich vermutlich auflösen: FELDMAN macht keine näheren Angaben, um was es sich bei den überprüften 65 Persönlichkeitseigenschaften handelt. Aus keiner Stelle seiner Arbeit geht hervor, dass er, ähnlich den vorgenannten Untersuchern, die im Colitistypus zusammengefassten Eigenschaften zum Ausgangspunkt seiner Untersuchung macht. Es steht also zu vermuten, dass sein Untersuchungsansatz nicht geeignet ist, diejenigen Erscheinungen zu erfassen, um deren Häufigkeitsausprägung es in unserer Fragestellung geht.

Keiner der an dieser quantitativen Merkmalserfassung arbeitenden Autoren verstümt es, Stellung zu der Frage zu beziehen, ob es sich hier nun um eine Normalverteilung oder eine Häufung gegebener Erscheinungen handelt. Mit Ausnahme der eben zitierten Untersucher pflegt die klinische Erfahrung und der von ihr getragene subjektive Normbegriff zum Maßstab für die Urteilsbildung benutzt zu werden. Ohne später auf die Fraglichkeit dieses in psychodiagnostischen Disziplinen üblichen Vorgehens einzugehen, sei das Urteil dieser Autoren an dieser Stelle erwähnt. Es lässt sich in erstaunlicher Übereinstimmung von ASKEVOLD, ENGEL, MAHONEY und WITTKOWER wie folgt zusammenfassen:

1. Die in Abschnitt 2.1 typologisch gefassten Merkmale der Abhängigkeit, Zwanghaftigkeit und sexuellen Unreife treten bei Colitispatienten deutlich häufiger auf, als in der Normalbevölkerung. Mehr als die Hälfte aller Colitispatienten weisen alle diese Merkmale gleichzeitig auf, fast jeder von ihnen mindestens aber eines.
2. Für sich allein betrachtet ist keines dieser Merkmale spezifisch für die Colitis ulcerosa. Jedes einzelne, aber auch Kombinationen mehrerer dieser Eigenschaften können bei völlig gesunden Menschen angetroffen werden,

die niemals in ihrem Leben an Colitis ulcerosa erkranken. Die gegebenen Merkmale und der sie zusammensetzende Typus ist also als charakteristisch für Colitispatienten zu bezeichnen, nicht aber als spezifisch im Sinne einer Exklusivität.

### 2.3. Zusammenfassende Diskussion

Wir gelangen zu folgender Erkenntnis:

Colitispatienten sind häufiger abhängig, empfindsam, feindselig, aggressionsgehemmt, zwanghaft und sexuell unreif, als dies der Zufallserwartung entspricht. Aber nicht jeder Colitispatient weist diese Merkmale auf: Es lässt sich eine Ergänzungsreihe denken, an deren einem Ende der Reintyp im oben beschriebenen Sinne zu finden ist, während am anderen Pol die völlig unauffällige, "normale" Persönlichkeit steht. Es ist anzunehmen, dass sich die Colitispatienten nach Art einer Normalverteilung i.S. von GAUSS auf dieser Skala anordnen lassen. Eine ähnliche Normalverteilung ist auch für die Durchschnittsbevölkerung anzunehmen. Colitispatienten unterscheiden sich von der Durchschnittsbevölkerung dadurch, dass ihre Verteilungskurve insgesamt in Richtung auf den oben beschriebenen Reintyp verschoben ist.

Was bedeutet nun dieser Befund für unsere Fragestellung? Er zeigt uns, dass Persönlichkeit und Krankheit in einer Beziehung stehen. Da es sich bei den erfassten Persönlichkeitseigenschaften um Erscheinungen handelt, die bereits vor Beginn der Erkrankung vorhanden waren, (dies ist methodisch durch die Erfassung mittels biographischer Anamnese gesichert), kann von allen denkbaren Beziehungsqualitäten diejenige ausgeschlossen werden, welche die Persönlichkeitsmerkmale als Folge, und die Krankheit als deren Bedingung erklärt.

Es ist nun eindringlich davor zu warnen, kurzschlüssig anzunehmen, dass unter diese Voraussetzungen nur noch der umgekehrte Schluss in Frage kommt: dass nämlich die Krankheit Folge, und die Persönlichkeit ihre Bedingung sei. Richtig ist vielmehr, dass dies eine der möglichen Beziehungen ist. Die

andere lautet aber: Beide Grössen, Persönlichkeit und Krankheit sind durch eine dritte, sie gleichermaßen bedingende Grösse miteinander verwandt.

Es ist also zu prüfen, ob Persönlichkeit und Krankheit nach Art eines Bedingungs-Folge-Gefüges, oder nach Art einer gemeinsamen Bedingtheit miteinander verbunden sind.

Letzteres lässt sich etwa derart denken, dass eine bestimmte, genetisch verankerte biologische Konstitution die Ausbildung einer bestimmten Persönlichkeitsstruktur verursacht und mit einer spekulativ anzunehmenden neurophysiologischen, biochemischen oder immunologischen Störung einhergeht, die ihrerseits nun das spätere Erkranken mitbedingt.

Dieses Denkmodell bleibt vorerst spekulativ. Es fehlen konkrete Hinweise auf eine derartige gemeinsame konstitutionelle Grundlage psychischer und physischer Erscheinungen, es bleibt weiterhin im Bereich der Spekulation, welche somatischen Krankheitsursachen es im einzelnen sein sollten, die hier mit den Persönlichkeitsfaktoren gekoppelt wären.

Ein Bedingungs-Folge-Gefüge zwischen Persönlichkeit und Krankheit liesse sich in zwei unterschiedlichen Weisen denken. Gemeinsam wäre beiden Modellen, dass die Persönlichkeit nicht als statische Eigenschaft, sondern als dynamische Disposition wirksam würde: In der zur Rede stehenden Persönlichkeitsstruktur spiegeln sich dann Erlebens- und Verhaltensweisen, die im Moment ihres Geschehens mit krankmachenden Abläufen im körperlichen Bereich einhergingen. Es liessen sich nun zum einen psychophysische Dauerzustände denken, die Ausdruck der betreffenden Persönlichkeitsdauerhaltung wären, und sozusagen den Boden bereiteten für das spätere Erkranken. Es liessen sich zum anderen aber auch aktuelle seelische Vorgänge denken, die erst auf Grund der gegebenen Persönlichkeitsstruktur geschehen können und in ihrem momentanen Ablauf vermittelt begleitender und/oder folgender körperlicher Geschehnisse zum unmittelbaren Werden der Erkrankung beitragen.

Die erstgenannte Möglichkeit eines mit der gegebenen Persönlichkeits -  
haltung einhergehenden, erkrankungsdisponierenden psychophysischen Dauer-  
zustandes bleibt weiterhin im Gespräch, auch wenn die psychosomatische  
Colitisforschung bislang keine Untersuchungen in dieser Richtung vorgelegt hat.  
Ein zukünftiger Ansatz könnte hier versuchen, definierte Persönlichkeits-  
haltungen mit verschiedenen physiologischen, biochemischen und immuno-  
logischen Funktionen zu korrelieren.

Die zweite Möglichkeit eines aktuellen Geschehens krankheitsauslösender  
psychophysischer Prozesse ist dagegen ausgiebig untersucht worden.  
Dies liegt am einfacheren methodischen Zugang: Er sieht als erstes vor, die  
Erlebnissituation unmittelbar vor Ausbruch der Erkrankung auf auffällige  
seelische Abläufe hin zu untersuchen, die verstehbar aus den sie bedingenden  
Persönlichkeitsstrukturen ableitbar wären; dasweiteren sucht er über die  
Korrelation mit dem Erkrankungsbeginn hinaus im Experiment diejenigen  
pathogenetischen Körpervorgänge zu erfassen, mit welchen die krankmachenden  
Erlebensweisen verknüpft sein können.

Der nächste Abschnitt wird über die Ergebnisse dieses letztgenannten Unter-  
suchungsansatzes berichten.

### 3. Zur Erlebnissituation vor Erkrankungsbeginn

#### 3.1. Qualitative Beschreibung des Erlebnistypus

Ebenso wie im Abschnitt über die prämorbidie Persönlichkeitsstruktur soll hier  
versucht werden, zuerst einmal typologische Befunde herauszuarbeiten, um sie  
dann einer quantifizierenden Überprüfung zu unterziehen.

Wir werden drei gesonderte Aspekte der Erlebnissituation darstellen:

1. Objektive lebensgeschichtliche Ereignisse.
2. Subjektives Bedeutungserleben derselben.
3. Affektive Erlebnisverarbeitung.

### 3.1.1. Objektive Ereignisse

Die Suche nach besonderen dem Erkrankungsbeginn vorausgegangenen lebensgeschichtlichen Ereignissen fördert eine Vielzahl unterschiedlicher Befunde ans Tageslicht. Ihr Spektrum reicht von Alltagsereignissen bis zu einschneidendsten Schicksalsschlägen.

Inhaltlich lassen sich zwei Grundtypen von Ereignissen herausarbeiten. Hier sind als erstes zu nennen: Umstellungen und Krisen, wie sie an biographische Entwicklungsschritte jedes Menschen geknüpft sind, wie das Stadium der Sauberkeitserziehung, Einschulung, Pubertät (Menarche, erste Liebe), Schulentlassung und Berufsbeginn, Berufsausbildungsabschluss, Wechsel des Arbeitsplatzes, Zunahme der beruflichen Verantwortung, Wohnortwechsel, Weggang von Geschwistern aus dem Elternhaus, eigenes Verlassen des Elternhauses, Notwendigkeit, zwischen wichtigen Bezugspersonen wählen zu müssen (z.B. Mutter und Freundin), Verlobung und Hochzeit, Schwangerschaft und Kindsgebur, Zunahme familiärer Verantwortung, finanzielle Not u.a.m.

Beispiele hierzu finden sich bei: SPERLING, MURRAY, GRACE et al., ENGEL, FREYBERGER, WITTKOWER, SPIEGELBERGER, KARUSH et al. und SCHELLACK.

Als zweites sind es folgende aktuelle Störungen innerhalb zwischenmenschlicher Beziehungen:

Realer Verlust einer Bezugsperson, wie Elternteil, Ehepartner, Geschwister, Chef, Freund a.u.m., verursacht etwa durch Erkrankung, Tod, Wegzug, Kontaktabbruch, Scheidung; Konflikte mit derartigen Bezugspersonen, ausgelöst etwa durch Kritik, verbalen Angriff, Bloßstellung, körperliches Bedrohen, liebloses Verhalten, sexuelle Erniedrigung, ehelichen Betrug oder Rückzug der Zuwendung. Fallbeispiele finden sich auch hier bei den oben genannten Autoren.

Beide Ereignistypen können in der Erkrankungssituation in folgenden Formen angetroffen werden (ENGEL 1955, FREYBERGER 1972, GROEN 1948): als real vollzogene Geschehnisse (z.B. Tod der Mutter, objektive Kränkung, vollzogene Hochzeit), als drohende Möglichkeit bzw. als bevorstehende Ereignisse (z.B. anstehende Arbeitsaufnahme, drohende Entlobung, bevorstehende Prüfung), und schliesslich als nicht objektivierbare,

sondern bloss eingebildete Beeinträchtigung (z.B. vermeintliche Zurückweisung, phantasierter Verlust mütterlicher Geborgenheit, eingebildete Kränkung).

### 3.1.2. Subjektives Bedeutungserleben

Betrachtet man die Bedeutung, die diesen Ereignissen subjektiv beigemessen wird, kann man feststellen, dass zwischenmenschliche Konfliktsituationen ihre besondere Bedeutung für den Patienten durch die Beeinträchtigung zentraler, für die psychische Stabilität und die Fähigkeit zur Lebensbewältigung unverzichtbarer Objektbeziehungen gewinnen. Konflikte und Trennungserlebnisse innerhalb dieser Objektbeziehungen haben, ob sie nun real, drohend oder eingebildet sind, die subjektive Qualität eines einschneidenden Objektverlustes (FREYBERGER 1972). Auf eben den gleichen Bedeutungsgehalt laufen die im erstgenannten Ereignistypus zusammengefassten lebensgeschichtlichen Entwicklungsschritte hinaus. Das Verlassen des Elternhauses durch Arbeitsaufnahme, Verlobung oder Hochzeit, die Übernahme eines Mehr an Verantwortung in Familie und Beruf (etwa durch Kindsgeburt oder Beförderung), bedeuten für den Betroffenen, dass vorher bestehende zentral bedeutsame Abhängigkeitsbeziehungen weniger wirksam werden, und dass zur Bewältigung der neuen Lebenssituation ein solches Maß an Selbständigkeit und Sicherheit eingebracht werden müsste, dass es die auf Grund von Abhängigkeitsbedürfnissen eingeschränkte Persönlichkeitsautonomie überfordert würde. Auch hier kann also von Ereignissen gesprochen werden, welchen auf dem Hintergrund einer gestörten Persönlichkeitsentwicklung die Bedeutungsqualität eines Objektverlustes zukommt. (FREYBERGER 1972, ENGEL 1955, GROEN 1947).

### 3.1.3. Affektive Erlebnisverarbeitung

Der Blick auf die affektive Erlebnisverarbeitung lässt in der eben beschriebenen subjektiven Objektverlustsituation in erster Linie depressive Affektreaktionen erkennen (FREYBERGER 1972, SPERLING 1957, ENGEL 1955, KARUSH et al. 1968, GROEN 1955).

Die depressive Objektverlustreaktion kann dabei streng von zeitlich später einsetzenden depressiven Verarbeitungen der körperlich wie seelisch eingreifenden Krankheitssymptomatik unterschieden werden (FREYBERGER 1972).

Die Objektverlustdepression tritt in einer charakteristischen Färbung auf: Gefühle des Enttäuscht- und Alleingelassenseins und der Hoffnungslosigkeit werden auf das (real-, drohen- oder eingebildetermassen-) verlorengegangene Objekt bezogen; Gefühlserlebnisse der Verzweiflung, des Überwältigtseins, des Zuviel-für-einen-Werdens und der Hilflosigkeit zeigen, wie der Patient sich selber in dieser Situation erlebt (ENGEL 1955, GROEN 1947).

Mit diesem affektiven Zustand der Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit korrespondiert die Unfähigkeit, den Verlust zu akzeptieren, auf das verlorengegangene Objekt zu verzichten, durch aktives Bemühen mit der neuentstandenen Situation fertig zu werden und den Verlust dadurch zu überwinden (SPERLING 1957, ENGEL 1955, FREYBERGER 1972).

Das Verhalten des Patienten ist in dieser Situation vielmehr darauf gerichtet, die Bedeutung des Verlustes zu verleugnen, so zu tun, als wäre nichts geschehen und zur Tagesordnung überzugehen, obwohl tief in seinem Inneren die Affekte ohnmächtiger Verzweiflung weiterschweben (GROEN 1955, ENGEL 1955). Die mit psychoanalytischer Technik feststellbare Abwehrdynamik, die in diesem Typ affektiver Erlebnisverarbeitung wirksam ist, wird vornehmlich durch unterschwellige, gegen das Abhängigkeitsobjekt gerichtete fordernd-feindselige Strebungen motiviert, welche bereits vor dem Verlust vorhanden waren und durch diesen nun erneut geweckt wurden (FREYBERGER 1972, SPERLING 1957, GRACE et al. 1951, SCHELLACK 1954, GROEN 1947, KARUSH et al. 1968).

Die nun also erneut anflutenden feindseligen Strebungen lassen den Grundkonflikt zwischen fordernden Wünschen und Abhängigkeitsbedürfnissen wiederaufleben (FREYBERGER 1972, ENGEL 1955). Die Angst, das bedeutsame Objekt ganz zu verlieren bzw. selber zu zerstören und dadurch hilflos und allein dazustehen, zwingt den Patienten zur Unterdrückung seiner aufkeimenden Wut- und Feindseligkeitsgefühle.

Dies aber ist eine Form der Abwehr, die seiner Persönlichkeit innewohnt.

Ausdruck dieser konfliktmotivierten emotionalen Ohnmacht gegenüber dem Verlust-erlebnis wird nun die depressive Verstimmung. Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit des Patienten können also als Ergebnis einer Abwehr objektbezogener Feindseligkeit aufgefasst werden, als "Rückwendung der Aggression gegen die eigene Person" (FREYBERGER 1972, A. FREUD 1968).

Diesem ersten Abwehrschritt können nach Auffassung psychoanalytisch orientierter Beobachter weitere folgen, wie z.B. Verleugnung und Umkehr des Affektes in sein Gegenteil (z.B. Pseudoeuphorie) (GROEN 1955, FREYBERGER 1972).

### 3.2. Quantitative Erfassung einzelner Merkmale

Es stellt sich uns in diesem Abschnitt das gleiche Problem, dem wir schon an entsprechender Stelle nach Darstellung des Colitistypus begegnet sind.

Es heisst: inwieweit lässt sich die mit dem Aufzeigen des Erlebnistypus verbundene Hypothese einer Häufung derartiger Erlebnisse in der Erkrankungssituation quantifizierend bestätigen?

#### 3.2.1. Methodische Vorbemerkungen

Für die Auswahl der zur Überprüfung der eben gestellten Frage heranzuziehenden Untersuchungen gelten die selben Maßstäbe, wie sie im Abschnitt über die quantitative Erfassung der Persönlichkeitsmerkmale bereits aufgezeigt wurden.

An dieser Stelle ist darüberhinaus zu beachten, dass ein Teil der Patienten anlässlich ihrer Ersterkrankung erfasst wurden, ein anderer dagegen erst bei Rückfällen. Aus später noch näher zu bezeichnenden Gründen erscheint es sinnvoll, im folgenden entsprechend dieser unterschiedlichen Erfassung mehrere Gruppen von Untersuchungen zusammenzufassen. Als erstes sind die von ASKEVOLD (1964), AREND und MARTINI (1968), ENGEL (1955), FEIEREIS (1967), FELDMAN (1967), GROEN und BIERNBAUM (1968) KÜHN und NÄGELE (1967), McKEGNEY und Mitarbeitern (1970), WISJENBEEK et al. (1968) und WITTKOWER (1938.) zu nennen, die sich durchweg mit Patienten in der Erstmanifestation der

der Krankheit befassen.

Als nächstes sind die Arbeiten von ENGEL (1956), FELDMAN (1967), WITTKOWER (1938) und FREYBERGER (1972) zu erwähnen, die auch Untersuchungsreihen über Patienten in einer Rückfallssituation einschliessen.

Eine dritte, weniger gut brauchbare Gruppe von Untersuchungen schliesst Erst- und Rückfallserkrankungen gleichermassen ein, wobei ein Teil der Untersucher eine nachträgliche Aufschlüsselung ermöglicht, ein anderer jedoch nicht. Es handelt sich um die Arbeiten von FREYBERGER (1972), GROEN und BASTIAANS (1951) und SPIEGELBERG (1965).

### 3.2.2. Erlebnissituation bei Ersterkrankten

ASKEVOLD (1964) fand in 53% von 60 Fällen "möglicherweise präzipitierende Konflikte" in "enger zeitlicher Beziehung" zur „Erstmanifestation der Erkrankung. Eine Einheitlichkeit der Konflikte konnte er nicht feststellen. Offensichtliche Objektverluste standen bei seinen Fällen in der Minderzahl. Zwar gab ASKEVOLD nicht an, wie gross der Zeitraum war, in dem sich diese Konflikte vor Beginn der Erkrankung abspielten. Er stellte aber fest, dass die Mehrzahl dieser Konflikte nicht innerhalb eines Zeitraumes von 48 Stunden vor Erkrankungsbeginn stattfanden, wie es von anderen Autoren angegeben wäre (z.B. GROEN).

AREND und MARTINI (1968) erwähnten, bei 3% von 70 Patienten "seelische Traumen" vor der Erstmanifestation gefunden zu haben. Die Autoren äusserten sich nicht näher zur Art und zeitlichen Beziehung dieser Ereignisse. ENGEL (1955) konnte in einer Gruppe von 30 Patienten mit zeitlich genau feststellbarem, akuten Krankheitsbeginn in 80% der Fälle seelische Belastungen feststellen, die der Symptomentstehung nicht mehr als zwei Tage vorausgingen. Bei einer Gruppe von 10 weiteren Patienten mit schleichendem Einsetzen der Symptome fand ENGEL in jedem Fall seelische Belastungen, die über einen längeren Zeitraum erstreckt der Krankheitsentwicklung der Krankheitsentwicklung parallel gingen. ENGEL hob bei diesen Fällen hervor, dass allen der Charakter eines

Objektverlustes eigen war. Ebenso konnte er eine einheitliche Affektreaktion dieser Patienten auf das Objektverlusterlebnis im Sinne von Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit feststellen.

FEIEREIS (1967) sprach bei 50% von 166 Patienten von einer "akuten Konfliktsituation" im Vorraum der Erkrankung. Auch hier fehlen weitere Angaben zur zeitlichen Beziehung und zur Art dieser Konfliktsituationen.

FELDMAN (1967) kam bei 34 Patienten nur in 12% zum Ergebnis einer "engen zeitlichen Beziehung" zwischen einem konflikthaften Ereignis und dem Krankheitsbeginn. In 44% der Fälle waren allerdings Konfliktsituationen innerhalb der letzten sechs Monate vor Krankheitsausbruch festzustellen.

GROEN und BIERNBAUM (1968) sprachen von 70% bei 27 Fällen, in denen präzipitierende Stresssituationen vorzufinden waren. Die genaue zeitliche Beziehung blieb aber auch hier dunkel.

KÜHN und NÄGELE (1967) sahen bei 28% einer Serie von 43 Patienten, und bei 26% einer zweiten 19 köpfigen Gruppe seelisch belastende Ereignisse in der Vorphase der Erkrankung.

McKEGNEY (1970) kam schliesslich bei 21 Patienten auf einen Prozentsatz von 86, WITTKOWER (1938) sprach von 70% bei 40 Patienten, und WISJENBEEK (1968) von 72% bei 22 Patienten.

Tabelle 2: Häufigkeit präzipitierender Konflikte bei Ersterkrankungen

|                   |                               |
|-------------------|-------------------------------|
| ENGEL             | a) 100% (akuter Beginn)       |
|                   | b) 80% (schleichender Beginn) |
| McKEGNEY          | 86%                           |
| WISJENBEEK        | 72%                           |
| WITTKOWER         | 70%                           |
| GROEN & BIERNBAUM | 70%                           |

|                 |    |                                  |
|-----------------|----|----------------------------------|
| ASKEVOLD        |    | 53%                              |
| FEIEREIS        |    | 50%                              |
| FELDMAN         | a) | 12% ("enge zeitliche Beziehung") |
|                 | b) | 44% ("innerhalb von 6 Monaten")  |
| KÜHN & NÄGELE   |    | 28%                              |
|                 |    | 26%                              |
| AREND & MARTINI |    | 3%                               |

### 3.2.3. Erlebnissituation bei Rückfallserkrankten

ENGEL (1956) fand in allen zehn Fällen einer Rezidiv Erkrankung vorausgehende Konflikte. In 80% hingen diese Konflikte mit Objektverlusten zusammen.

FELDMAN (1967) beschrieb in 44% von 34 Fällen Konflikte innerhalb von 6 Monaten vor dem Rezidiv. Zählt man die Patienten hinzu, die einem "geringeren bis mässigen Stress" vor dem Rückfall ausgesetzt waren, so kommt man auf 71%. FREYBERGER (1972) sah bei 70 Rückfällen von 65 Patienten in allen Fällen Erlebnissituationen vor dem Rückfall, die den subjektiven Bedeutungscharakter eines Objektverlustes trugen.

WITTKOWER (1938) sprach schliesslich bei 17 Rückfällen von 60%, in denen Konflikte nachweisbar waren.

Tabelle 3: Häufigkeit präzipitierender Konflikte bei Rückfällen

|            |                       |
|------------|-----------------------|
| ENGEL      | 100%                  |
| FREYBERGER | 100%                  |
| FELDMAN    | 44% (Konflikte)       |
|            | 71% (leichter Stress) |
| WITTKOWER  | 60%                   |

### 3.2.4. Erlebnissituation bei gemischten Gruppen

Zählt man bei FREYBERGER (1972) Erstmanifestationen und Rückfallssituationen zusammen, so kommt man bei 135 Beobachtungssituationen auf einen Prozentsatz von 95, in welchem Objektverlusterlebnisse dem Symptombeginn vorausgingen.

GROEN und BASTIAANS (1951) erwähnten, in einem gemischten Kollektiv von 33 Fällen in 82 % Konfliktsituationen gefunden zu haben, welche dem Symptombeginn ein bis zwei Tage vorausgegangen waren.

SPIEGELBERG (1965) kam schliesslich bei 26 Patienten auf einen Prozentsatz von 35, in welchem dem Symptombeginn eine besondere Lebenssituation vorausgegangen war.

Tabelle 4: Häufigkeit präzipitierender Konflikte bei gemischten Patientengruppen

|                      |     |
|----------------------|-----|
| FREYBERGER           | 95% |
| GROEN &<br>BASTIAANS | 82% |
| SPIEGELBERG          | 35% |

### 3.2.5. Diskussion

Die tabellarischen Übersichten rücken eindrucksvoll ins Auge, wie widersprüchlich die Ergebnisse der verschiedenen Untersuchungsgruppen ausfallen. Welche Erklärung bietet sich aber hier für an?

Die Vorauswahl der Untersuchungen garantiert Repräsentativität und Selektionsfreiheit des Patientengutes. Eine tatsächlich gegebene unterschiedliche Verteilung belastender Erlebnissituationen in der Vorphase der Erkrankung ist also nicht anzunehmen. Auch der Einwand, dass geographische Unterschiede verantwortlich sein könnten, sticht nicht: die polaren Befunde lassen sich nicht unterschiedlichen Erdteilen oder Kulturkreisen zuordnen, sie bestehen z.B. auch im Kreis der deutschen Untersuchungen (vergleiche etwa AREND und MARTINI mit FREYBERGER).

Einzige Erklärungsmöglichkeit bleibt, dass die Untersucher unterschiedliche Erscheinungen suchten und wahrnahmen. Die Überprüfung zeigt, dass in der Tat die Wahrnehmungseinstellung der Untersucher prinzipielle Unterschiede

aufwies.

Eine erste Gruppe von Untersuchern beschränkte sich darauf, nach Ereignissen im Leben der Patienten zu suchen, welche dem Einsetzen der Krankheit vorausgingen, und nach allgemeiner Erfahrung als belastend angesehen werden konnten. Dies klingt etwa bei FELDMAN an, der von "substantiellen" emotionalen Konflikten sprach, oder bei SPIEGELBERG, der sich auf "grobe Frustrationen oder situative Zusammenbrüche" bezog. Dass aber derartige "objektiv" einschneidende Ereignisse, wie z.B. der plötzliche Verlust einer nahen Bezugsperson, auch ohne jeden zeitlichen Zusammenhang mit dem Auftreten der Colitis Symptome sich ereignen können, liess SPIEGELBERG darauf schliessen, dass es sich bei anderen Autoren, die eine regelhafte Koppelung des Symptombeginns mit lebensgeschichtlichen Ereignissen behaupteten, um Einbeziehung alltäglicher, ubiquitärer Frustrationserlebnisse handelte.

Es bedürfte eigentlich keiner besonderen Untersuchung, um zu belegen, dass geringfügige Frustrationserlebnisse im Leben eines Menschen häufiger anzutreffen sind, als einschneidende Schicksalsschläge. Dass dieses auch dann zutrifft, wenn man sich einen zeitlich umschriebenen Lebensabschnitt - nämlich denjenigen vor Ausbruch der Erkrankung - einstellt, zeigt FELDMAN's Untersuchung.

"Substantielle" emotionale Konflikte fand FELDMAN nur in 12% der Fälle".

Mässiger bis schwerer Stress liess sich schon in 35% nachweisen. Die Einbeziehung "mässig beanspruchender Stresssituationen" und "leichter emotionaler Belastungen" erhöhte die Fundhäufigkeit schliesslich auf 71%.

Der Blick auf die etwa von FREYBERGER, ENGEL oder GROEN beschriebenen Erlebnissituationen zeigt dann auch, wie SPIEGELBERG schon vermutete, dass tatsächlich objektiv gesehen alltägliche Frustrationserlebnisse miteinbezogen wurden, ja sogar dominierten. Erstaunlicherweise finden sich dabei auch Lebensveränderungen, die "man" normalerweise gar nicht als Belastung oder Frustration einstufen würde. Sollte dies nicht ein Grund mehr sein, die Befunde dieser letztgenannten Autoren als irrelevant zu verwerfen?

Wenn wir uns die Ausführungen von GROEN oder ENGEL anschauen, werden wir erkennen, dass nirgendwo die von SPIEGELBERG nachdrücklich widerlegte Behauptung regelhafter Auslösung der Colitis durch objektiv einschneidende Ereignisse aufgestellt wird. Vielmehr wird immer wieder darauf verwiesen, dass das Besondere der gemeinten Lebenssituationen nicht in dem allgemeingültigen Gehalt der sich ereignenden Situationen, sondern in der durch die charakteristische Persönlichkeitsstruktur und ihre Lebensgestaltung bedingten abnormen Bedeutung liegt, welche die Situation für diese Person erlangt. Für diese Persönlichkeit - und nur für sie - wird das üblicherweise belanglose Ereignis zum einschneidenden, konflikthaften Erlebnis.

Wenn oben von einer unterschiedlichen Wahrnehmungseinstellung der Autoren bei der Untersuchung der zur Erkrankung führenden Lebenssituation gesprochen wurde, so wurden damit genau diese beiden möglichen Ausrichtungen gemeint, einmal auf den objektiven Ereignisaspekt, und zum anderen auf den subjektiven Bedeutungsaspekt der Erlebnissituation. Gliedert man auf diese Weise die Gesamtheit der Untersuchungen auf, so erkennt man eine durchaus gute Übereinstimmung in der Gruppe der Autoren, die sich mit dem Bedeutungsaspekt befassten. Nicht nur, dass bei GROEN, ENGEL und FREYBERGER Übereinstimmung darin zu finden ist, dass subjektiv belastende Lebenssituationen in mehr als zwei Dritteln der Patienten der Erstmanifestation (und noch häufiger Rückfallserkrankungen) vorausgingen. Einheitlichkeit besteht unter diesen Autoren auch darüber, dass es sich nicht um eine Vielfalt möglicher Erlebnisse handelt, sondern dass allen Fällen der Bedeutungsgehalt der Erlebnissituation gemeinsam ist: es handelt sich um eine Objektverlustsituation, die entweder objektiv gegeben war, drohte, oder vermeintlich sich ereignet hatte. Gemeinsam war ferner, dass es sich bei diesen Objekten um "belebte und unbelebte Faktoren der Umwelt, also auch Menschen, die für seine (des Patienten)"persönliche Bedürfnisbefriedigung unumgänglich notwendig waren", handelte (FREYBERGER).

Dass die Erfassung derartiger Objektverlusterlebnisse in diagnostischer Hinsicht ein besonders vorsichtiges und zeitraubendes Vorgehen verlangt, wurde von

GROEN mit dem Umstand erklärt, dass die meisten Patienten derartige Erlebnisse vor sich und ihrer Umwelt zu verleugnen suchten, und deshalb unmittelbare Fragen nach deren Vorliegen im allgemeinen verneinten.

Zusammenfassend bestätigen eine Gruppe von Untersuchungen, dass Erstmanifestationen und Rückfälle der Colitis ulcerosa regelhaft im Gefolge von Objektverlusterlebnissen im obigen Sinne ereignen. Wir kommen also nicht umhin, zwischen dem seelischen Faktor des Objektverlusterlebnisses und seiner Verarbeitung einerseits, und dem zeitlich nachfolgenden Auftreten der Colitissymptomatik eine Bedingungs-Folge-Beziehung anzunehmen.

Somit ist die Besonderheit des Objektverlusterlebnisses abhängig von einer bestimmten, hierzu disponierenden bzw. für es besonders vulnerablen Persönlichkeitsstruktur. Es verdeutlicht sich somit, was in der Diskussion der prämorbidem Persönlichkeitsstruktur bereits als Möglichkeit angeklungen ist: dass zwischen der idealtypisch als abhängig, zwanghaft und sexuell unreif gezeichneten Persönlichkeitsstruktur und dem späteren Erkranken an Colitis ulcerosa ebenfalls eine Bedingungs-Folge-Beziehung besteht, die allerdings mittelbarer Art ist: vermittelt wird sie dadurch, dass die gegebene Persönlichkeitsart zu besonderen Erlebensweisen, nämlich zu unbewältigbaren Objektverlusterlebnissen, disponiert, wobei diese charakteristischen Erlebensweisen ihrerseits in unmittelbarer zeitlicher Abfolge das Manifestieren der Krankheitssymptome (mit)bedingen. Wenn eine bestimmte Erlebnissituation als eine Bedingungsgröße im Ursachenbündel der Colitis ulcerosa identifiziert werden konnte, wird zu überlegen sein, welche Eigenschaften diesem Faktor zuzuordnen sind.

Zwei Tatsachen sind dabei zu vergegenwärtigen:

1. Nicht jeder Colitispatient erkrankt im Gefolge eines Objektverlusterlebnisses.
2. Nicht jedem Objektverlusterlebnis einer abhängigen Persönlichkeit folgt eine Colitissymptomatik.

Wir werden folglich den Erlebnisfaktor als eine weder notwendige, noch inreichende, jedoch fördernde und als solche bedeutsame (weil häufige) Bedingung

ansehen können. Ihm kommen damit die gleichen Eigenschaften zu, wie dem oben besprochenen Persönlichkeitsfaktor, wobei beide Grössen, wie soeben ausgeführt, als hintereinandergeschaltet gedacht werden können.

### 3.3. Zusammenfassende Diskussion

Der psychosomatische Forschungsansatz konnte in diesem ersten Teil den Nachweis fördernder Bedingungen im seelischen Bereich führen, ohne dabei Theorien über das Verhältnis von Leib und Seele vorwegnehmen zu müssen. Die Methodik bestand im Nachweis regelhaften Zusammentreffens und zeitlichen Abfolgens der zur Rede stehenden seelischen und körperlichen Erscheinungen. Eine andere Frage ist es nun aber, wie man sich die Natur dieser korrelativ als gegeben nachgewiesenen Beziehung vorzustellen hat, wie sich also "seelisches Geschehen krankmachend auf körperliche Abläufe auswirkt" (Mitscherlich).

Bevor die Theorien besprochen werden, die die Psychosomatik zur Erklärung dieser Frage anzubieten hat, soll eine weitere Einengung vorgenommen werden. Wir können nämlich zwei Klassen von Bedingungs-Folge-Beziehungen unterscheiden. Die erste kann als die katalysatorische bezeichnet werden, die zweite als die krankheitsgestaltende.

Katalysatorische Bedingungen beziehen sich lediglich auf das Dasein der Krankheit: auf die Tatsache, dass sie eingetreten ist, und wann sie eingetreten ist. Sie spielen dagegen keine Rolle für die konkrete Gestalt des pathologischen Organgeschehens. Diese wiederum wird von der Gruppe der krankheitsgestaltenden Bedingungen bestimmt. Das Zusammenwirken beider Bedingungsgruppen kann dergestalt gedacht werden, dass die katalysatorischen Bedingungen den bereitliegenden krankheitsgestaltenden zum Überschreiten einer gedachten Manifestationsschwelle verhelfen; ohne deren katalysatorische Hilfe blieben diese wirkungslos in der Latenz.

Eine spezifische Beziehung zum Krankheitsprozess selber ist nur für die krankheitsgestaltenden Bedingungen gegeben, nicht aber für die katalysatorischen. Letztere können allgemeiner Art sein, d.h. also bei Erkrankungen unterschiedlichsten Gepräges wirksam werden, oder sie können charakteristisch für die gegebene Krankheit sein; das heisst, dass sie in einer engen Beziehung zu den krankheitsgestaltenden Bedingungen stehen, und nur bei diesen, nicht jedoch bei anderen wirksam sind.

Die Frage, in welche Klasse sich die hier interessierenden Persönlichkeits- und Erlebnisfaktoren einordnen lassen, ist nach den eben gegebenen Definitionen wie folgt zu beantworten:

1. Die psychologischen Bedingungsfaktoren sind nicht spezifisch für die Colitis ulcerosa, sie sind desweiteren nicht unabdingbar. Beides bedeutet, dass sie nicht zu den krankheitsgestaltenden Bedingungen gezählt werden können, dann: wären sie dies, wie sollte es dann Krankheitsfälle geben, in denen sie nicht nachzuweisen sind?
2. Es ist per exclusionem darauf zu schliessen, dass es sich bei den psychologischen Faktoren um katalysatorische Bedingungen handelt. Ihr häufiges Auftreten bei Colitis ulcerosa-Patienten und ihre Ungewöhnlichkeit bei Gesunden oder Patienten mit anderen Krankheiten lässt sie als charakteristisch für die Colitis ulcerosa bezeichnen. Es kann somit angenommen werden, dass sie in enger, ausschliesslicher Beziehung zu den die Gestalt der Colitis ulcerosa bedingenden Faktoren stehen, und nur deren Manifestationen fördern, nicht aber die anderer latenter Krankheitsbedingungen.

#### 4. Psychosomatische Modellvorstellungen

In den vorigen Abschnitten konnte nachgewiesen werden, dass bestimmte seelische Faktoren das Auftreten der Colitis ulcerosa mitbedingen. Es gelang ferner, einzelne Aussagen über den Stellenwert dieser Bedingungs-Folge-Beziehung zu formulieren. Im Folgenden stellt sich nun die Frage, auf welchem Wege die seelischen Vorgänge ihren Einfluss auf das körperliche Krankheitsgeschehen nehmen.

Die Beschäftigung mit dem Leib-Seele-Problem hat zwei grundlegende Vorstellungen darüber gezeitigt, wie die Beziehung von Leib und Seele zueinander gedacht werden kann. Was wir an psychosomatischen Modellvorstellungen im Bereich der Colitis ulcerosa vorfinden, lässt sich letztlich diesen beiden Grundvorstellungen über die Leib-Seele-Beziehung zuordnen.

Die Theorie der psychophysischen Wechselwirkung besagt, dass "jeder physische oder psychische Vorgang eine physische Ursache oder psychische Bedingung sowie Wirkungen auf der physischen und psychischen Ebene" hat (LANGEN).

Diejenige des psychophysischen Parallelismus beinhaltet dagegen, dass "Denken und Sein, Psychisches und Physisches sich sachlich und zeitlich streng entsprechen, ohne in Wechselwirkung zu stehen" (LANGEN).

Eine die psychophysische Wechselwirkung veranschaulichende Grunderfahrung ist etwa die bewusst ausgeführte Willkürhandlung, bei welcher sich seelische Vorstellung unter der Führung eines Motivs unmittelbar in körperliches Geschehen umsetzt (v. UEXKÜLL). Anschauungsmaterial für den psychophysischen Parallelismus kann in den die Gemütsbewegungen begleitenden Körpererscheinungen, etwa dem Erröten bei Scham, vorgelegt werden.

Aus diesen beiden Lösungsversuchen leiten sich die zentralen Konzepte über die Beziehung seelischer Vorgänge zu körperlichen Störungen ab.

Der Theorie der psychophysischen Wechselwirkung entlehnt ist das von FREUD eingeführte und von ALEXANDER und RANGELL weiterentwickelte Konversionsmodell, während das von CANNON und SELYE ausgehende Straßmodell WOLFF's als typischer Vertreter des psychophysischen Parallelismus angesehen werden kann.

#### 4.1. Das Konversionsmodell

Konversion meinte in seiner ursprünglichen Fassung von FREUD (1894) "die Unschädlichmachung der unverträglichen Vorstellung dadurch, dass deren Erregungssumme ins Körperliche umgesetzt wird" (Bd. 1, S. 63).

Die so zustandagekommenen körperlichen Symptome drücken symbolisch sowohl die unbewussten Triebwünsche, als auch die verdrängenden, zensurierenden Einwirkungen aus (BRÄUTIGAM und CHRISTIAN).

In Weiterentwicklung dieses Konversionsgedankens grenzt ALEXANDER seelisch bedingte Ausdruckssymptome im Bereich des animalischen Nervensystems als Konversionsneurosen ein. Die im Kern des Konversionsgedankens befindliche Annahme der leiblich-symbolischen Darstellung einer seelischen Vorstellung findet sich auch im Erklärungsschema der Schule von Melanie KLEIN:

Unter Rücknahme von Objektlibido auf das eigene Ich kommt es zur libidinösen Besetzung einzelner Körperteile, die nun das introjizierte Objekt symbolisieren. Jene Konflikte, die einst zwischen dem Patienten und dem Realobjekt bestanden, werden nun mit dem introjizierten Objekt leiblich-symbolisch ausgetragen (zit. nach BRÄUTIGAM und CHRISTIAN).

An diesem Erklärungsmodell von KLEIN orientiert sich das Konversionskonzept, welches SPERLING für die Psychosomatik der Colitis ulcerosa entwickelt hat. SPERLING geht dabei von der Beobachtung aus, dass der Objektverlust (wie er oben beschrieben wurde) in der unbewussten Phantasie ihrer Patienten auf eine ganz eigentümliche Weise verarbeitet wurde. Die Patienten lebten ihre unterdrückten, feindseligen Regungen gegen das in der Realität verlorengegangene Objekt in der Weise aus, dass sie - in ihrer Phantasie - das jeweilige Objekt (zumeist die Mutter) verschlangen ("oral-sadistische Inkorporation"), es dann aber - da es nun eine feindselige innere Gefahr darstellte - im Magendarmtrakt zerstörten und schliesslich auf natürlichem Wege ausschieden ("anal-dadistische Elimination"). SPERLING meint, dass erst durch diesen Vorgang der Introjektion, Zerstörung und anschliessenden Ausscheidung dem Patienten auf symbolische Weise die Trennung vom Objekt möglich sei, die er in der Realität nicht vollziehen könne. Die Symptome der Colitis ulcerosa also seien entstanden, um diesen Trennungsprozess zu symbolisieren, was SPERLING damit belegt, dass Fäzes, Blut und Schleim das zerstörte und seiner Gefährlichkeit beraubte Objekt in der unbewussten Phantasie ihrer Patienten darstellten.

#### 4.1.1. Diskussion

Lassen wir einmal den Realitätsgehalt der von SPERLING wiedergegebenen unbewussten Phantasien ausser Acht - ihn in Frage zu stellen, würde in eine Grundsatz-

diskussion psychoanalytischer Theorie und Technik führen – so stellt sich doch zunächst die Frage des zeitlichen Nacheinander von Phantasie und Symptom. Es ist zu bezweifeln, ob diese Phantasien tatsächlich den Colitis-symptomen vorausgingen, da SPERLING es ja mit Patienten zu tun hatte, die schon geraume Zeit vor Beginn der analytischen Behandlung erkrankt waren, und deren obengenannte Phantasien ja erst während dieser Behandlung beobachtet wurden. Weitaus näherliegend ist doch, dass diese Phantasien sich erst sekundär im Erleben der Krankheit entwickelten. Eine solche Annahme widerspräche nicht SPERLING's Auffassung, dass die unbewusst-symbolische Verarbeitung der Darmsymptome eine wichtige Funktion in der Bewältigung des Trennungskonfliktes einnehmen könnte. Neben diesem auch von ENGEL, FRY, GRACE und DANIELS vorgetragenen Einwand gegen das SPERLING'sche Konzept ist grundsätzlich zu fragen, ob Konversionsvorgänge sich überhaupt auch auf vegetativ innervierte Organe erstrecken können, oder ob sie nicht vielmehr, wie ursprünglich von FREUD postuliert und von ALEXANDER bekräftigt, streng auf das sensibel-sensorische und willkürmotorische Nervensystem beschränkt seien. Liest man einzelne der Aussagen der KLEIN'schen Schule, der sich SPERLING ja verwandt fühlt, etwa wie die, dass das Magengeschwür durch den Biss der symbolisch-introjierten bösen Mutter in die Magenwand entstehe, oder ähnliche Postulate von GRODDECK, der etwa von einer Lungenblutung als Ausdruck einer Geburtsphantasie spricht, dann kann man sich ähnlich wie bei den obigen Ausführungen von SPERLING schwerlich des Eindrucks erwehren, dass hier recht willkürliche, praktisch nicht nachprüfbare Spekulationen am Werk sind. Einen Beweis, dass Konversionsvorgänge auch in vegetativ innervierten Organen sich abspielen können, bleiben diese Autoren jedenfalls schuldig.

Diskutabel blieben dagegen Auffassungen, die von Komplikationen der Konversionsvorgänge im Bereich der nicht-animalisch innervierten Organe sprechen. Als eine solche wäre etwa eine Gelenkkontraktur nach länger bestehenden konversionsbedingter Armlähmung aufzufassen (v. UEXKÜLL). Die Colitis ulcerosa selber aber als Komplikation eines spekulativen Konversionsvorganges im animalischen Nervensystem anzusehen, läge ausserhalb jeder Denkmöglichkeit: denn wo wären die biologischen

Beziehungen zwischen animalischem Nervensystem und Dickdarm als Ort des Krankheitsgeschehens zu sehen?

Letztendlich ist SPERLING's Konzept einer Panpsychogenese der Colitis ulcerosa aber nicht mit den empirischen Befunden zu vereinbaren, die wir, wie oben ausgeführt wurde, den psychischen Faktoren lediglich die Rolle von fördernden, auslösenden Bedingungen zuordnen können. Denn es ist schlechterdings unvorstellbar, dass in einigen Fällen, in denen sie vorhanden sind, sie den spezifischen pathogenetischen Prozess hinreichend verursachen sollen, in anderen Fällen aber, in denen sie nicht nachgewiesen werden können, eben dieser pathogenetische Prozess durch andere Ursachen bewirkt wird. Die Notwendigkeit einer strengen Trennung zwischen den eigentlichen Ursachen als den obligaten bildbestimmenden Bedingungsfaktoren und den bloss fördernden, "katalysatorischen" Hilfsbedingungen als den verzichtbaren Faktoren wird an diesem Beispiel nochmals deutlich. Nur die Hilfsbedingungen sind verzichtbar und austauschbar, und nur für sie trifft das zu, was v. WEIZSÄCKER mit dem Bild des Drehtürprinzips umschreibt: dass die Tür zum Krankheitsprozess sowohl von der psychischen, als auch von der körperlichen Seite her aufgestossen werden kann, wenn man in den dahinterliegenden Raum der spezifischen Krankheitsprozesse treten will.

#### 4.2. Das Stressmodell

Ausgangspunkt dieses Konzeptes sind die Arbeiten CANNON's über die Notfallreaktionen. Hiermit wurde die Grundlage einer teleologisch interpretierbaren Psychophysiologie gelegt. Neben SELYE's physiologischem Konzept des allgemeinen Adaptationssyndroms ist vor allem WOLFF's Herausarbeitung schützender Reaktionsmuster ("protective reaction patterns") für die Psychosomatik bedeutsam geworden. GROEN erläutert und erweitert WOLFF's Gedanken folgendermassen: Emotionale Bedrohungen seien Warnsignale für reale Gefahren für den Organismus. Sie können als solche die gleichen körperlichen Reaktionsmuster in Gang setzen, die der Organismus gegenüber physikalischen, chemischen oder biologischen Noxen

einsetzt. Diese Reaktionen auf emotionale Spannungen bestünden in freien, vielfältigen und zentral-nervös koordinierten Energieentladungen entlang verschiedener körperlicher Kanäle: verbal, mimisch und motorisch über das willkürliche Nervensystem, endokrin über das hypothalamisch-hypophysäre System, und vegetativ über das autonome Nervensystem. Streßkrankheiten beruhten nun darauf, dass einzelne dieser physiologischen Reaktionsmuster überbeansprucht würden. Diese Überbeanspruchung könne auf zweierlei Wegen zustandekommen: einmal könne eine normalerweise harmlose Erlebnissituation durch früher abgelaufene Konditionierung zum Stress werden, oder aber es könne eine Hemmung bestimmter Reaktionsmuster eintreten, sodass andere vermehrt beansprucht werden müssten. Eine Einschränkung der Vielfalt sieht GROEN dann gegeben, wenn ein Individuum in einer Krisensituation weder kämpfe, noch fliehe. Dadurch bleibe die Streßsituation bestehen, und die auf wenige Entladungskanäle reduzierte, dem Kampf- bzw. Fluchtverhalten zugehörige Reaktion werde übergebühlich verlängert. Auf diese Weise könne ein ursprünglich biologisch sinnvolles Reaktionsmuster derart verzerrt werden, dass es für den Organismus schädlich werde und zur Entstehung von Krankheiten beitrage.

Der Gedanke einer Reduktion der Vielfalt der zur Verfügung stehenden Reaktionsmuster klingt auch im Resomatisierungskonzept von SCHUR und MITSCHERLICH an. Während seiner lebensgeschichtlichen Entwicklung lerne das Individuum zunehmend auf somatische Reaktionsformen zu verzichten, und psychische zu gebrauchen. Dieser Vorgang der Desomatisierung könne aber unter bestimmten Bedingungen, die MITSCHERLICH in seinem Konzept der zweiphasigen Abwehr beschreibt, wieder rückgängig gemacht werden, und es könne nun, wo ein gegebenes Individuum seine Konflikte nicht mehr auf den übergeordneten psychischen Reaktionsebenen zu lösen vermag, zu einem Rückgriff auf die phylogenetisch älteren, somatischen Reaktionsformen kommen.

Gemeinsam bleibt all diesen konzeptuellen Variationen der Grundgedanke einer Gleichzeitigkeit psychischer und somatischer Abläufe. Diese Annahme liegt auch ENGEL's Streßkonzept zu Grunde. ENGEL bemüht sich dabei, eine bestimmte Erlebniskonstellation herauszuarbeiten, die als ein ubiquitär

anzutreffendes Stressmoment zur Manifestation einer Vielfalt von Körperkrankheiten in unspezifischer Weise beitrage. Ein Mensch, der durch das Erlebnis eines Objektverlustes in einem elementaren Abhängigkeitsbedürfnis getroffen werde und sich von seiner Welt aufgegeben fühle und sich selber aufgebe ("giving up-given up-complex"), reagiere auf diese Erlebnissituation mit einem psychophysischen Zustand, welcher auf der psychischen Seite durch ein Gefühl der Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit gekennzeichnet sei, und auf der körperlichen Seite mit einer Reihe biochemischer und physiologischer Funktionsveränderungen einherginge, welche ihrerseits in unspezifischer Weise das Einsetzen einer Vielzahl pathologischer Gewebeprozesse förderten. ENGEL hält den psychophysiologischen Zustand des Gesamtorganismus für bedeutsam im Rahmen derjenigen adaptiven und integrativen Vorgänge, welche die Wirtsresistenz gegenüber schädigenden Einflüssen ausmachen. Eine Veränderung der psychophysischen Gesamtverfassung, wie sie unter den oben beschriebenen Bedingungen auftrete, wäre also eine unter mehreren möglichen Bedingungen zur Störung des dynamischen Gleichgewichts zwischen Wirt und Umweltmilieufaktoren.

ENGEL sieht diesen psychologisch durch das Gefühl der Hoffnungslosigkeit gekennzeichneten Zustand auch der Manifestation der Colitis ulcerosa vorausgehen. Er meint, dass die damit verknüpften gesamtorganismischen Funktionsveränderungen in unspezifischer Weise den auf molekularer Ebene vermuteten pathogenetischen Prozessen zur Manifestation ver helfe.

GRACE, WOLF und WOLFF versuchten der Frage nachzugehen, welche körperlichen Reaktionsmuster unter welchen emotionalen Bedingungen sich auf die Physiologie des Dickdarmes auswirkten. In ihren psychophysiologischen Experimenten konnten sie feststellen, dass Angst und zurückgehaltener Ärger bei der darmgesunden Versuchsperson mit Hyperämie und Schwellung der Schleimhaut und mit einer Zunahme der propulsiven Dickdarmaktivität einhergingen. Dieser Befund wurde von WINKELSTEIN, WENER und POLONSKI, DENNIS und GROEN bestätigt. GRACE und Mitarbeiter konnten aber darüberhinaus zeigen, dass die oben beschriebenen Gefühlszustände

bei Colitispatienten die Verletzbarkeit der Darmschleimhaut zunehmen und submucosale Blutungen auftreten liessen. In diesen durch das autonome Nervensystem vermittelten Funktionsveränderungen sehen die Autoren den Ort, an welchem die psychischen Faktoren fördernd in das Krankheitsgeschehen der Colitis ulcerosa eingreifen.

#### 4.2.1. Diskussion

---

Keiner der eben zitierten Autoren behauptet, in den überbeanspruchten Reaktionsmustern bekannter bzw. noch näher zu identifizierender Art die alleinige Ursache der Colitis ulcerosa zu sehen. Alle bekennen sich vielmehr zu der Auffassung, dass es sich bei diesen Reaktionsmustern bzw. psychophysischen Zustandsveränderungen um mehr oder weniger unspezifische, fördernde Faktoren handelt. Ganz in diesem Sinne sprechen auch die gescheiterten Versuche, Colitis ulcerosa experimentell durch parasympathische Reizung (Vagusstimulation bzw. Acetylcholinapplikation hervorzurufen, Versuche, die auf der inzwischen verlassenen Hypothese beruhten, dass die Entstehung der Colitis durch Fehlsteuerungen im autonomen Nervensystem verursacht sei (LIUM 1939 a+b, WENER et al. 1949).

Das Stresskonzept, welches eine unspezifische Förderung der Manifestation der spezifisch-pathogenetischen Colitisprozesse durch erlebnisreaktiv provozierte psychophysische Reaktionsmuster annimmt, lässt sich also bequem und widerspruchsfrei mit dem vereinbaren, was wir im ersten Teil dieser Arbeit über die Qualität der Beziehung zwischen seelischen Faktoren und Krankheit aussagen konnten.

Während das Konversionsmodell schon erheblichen theoretischen Einwänden begegnet und überdies im rein spekulativen Raum stehen bleibt, ohne Ansätze für weitergehende experimentelle Überprüfungen seiner Hypothesen offen zu lassen, zeigt das Stressmodell sich gut geeignet, die psychosomatischen Beziehungen bei der Colitis ulcerosa zu erklären. Es kann ferner, wie die Arbeiten von GRACE und Mitarbeitern zeigen, mit eindringlichen experimentellen Untermauerungen

seiner Hypothesen aufwarten.

#### 4.3. Ausblick

Wenn auch der vorige Abschnitt deutlich die konzeptuelle Überlegenheit des Stressmodells zeigen konnte, bleiben doch einige Fragen weiterhin offen.

Zwar konnten Grace und Mitarbeiter zeigen, dass bestimmte Affekte, die auch in der Erlebnissituation vor Ausbruch der Erkrankung eine Rolle spielen, mit charakteristischen Funktionsveränderungen des Dickdarms einhergehen, ihre Befunde bei Colitispatienten legen jedoch nahe, dass dieses psychophysische Reaktionsmuster zumindest für den Verlauf einer Colitis von nicht unbeträchtlichem Einfluss sein mag. Es bleibt jedoch zu bezweifeln, ob sich die wirksamen Reaktionsmuster in diesem über das vegetative Nervensystem vermittelten Mechanismus erschöpfen. Die Tatsache, dass ENGEL eine etwas abweichende Affekt-konstellation im Zentrum des psychophysischen Geschehens sah, lässt es zumindest vermuten, dass noch andere, eben mit jenen Gefühlen der Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit verknüpfte Funktionsveränderungen eine Rolle spielen können.

ENGEL weist selber in die Richtung, in welcher diese Funktionsveränderungen gesucht werden könnten: er spricht von biochemischen und physiologischen Veränderungen, welche die Resistenz des Organismus gegenüber schädigenden Einflüssen herabsetzen könnten. Vergegenwärtigt man sich nun die Fortschritte, die auf dem Gebiet der immunologischen Colitisforschung in den letzten Jahren gemacht wurden (PERLMAN und BROBERGER 1965, 1969; LAGERCRANTZ et al. 1966, 1968; BLÄKER 1972; BICKS 1962; BENDIXEN 1969; KRAFT 1962, 1966), so liegt es nahe, nach möglichen Beziehungen zwischen emotionalen Abläufen und immunologischen Prozessen zu fragen.

Wenn derartige Fragen auch bezüglich der Colitis ulcerosa noch nicht bearbeitet wurden, lassen doch Befunde, die im Bereich der Stressforschung, der Psychoimmunologie und der Neuroimmunologie erhoben wurden, diese Fragen fruchtbar erscheinen.

Es sollen an dieser Stelle einige dieser Befunde erwähnt werden, um die Berechtigung zur Spekulation über psychoimmunologische Zusammenhänge bei der Colitis ulcerosa zu veranschaulichen.

Experimenteller Stress vermag die Adjuvans-induzierte Arthritis der Ratte derart zu modifizieren, dass sich die klinische Symptomatik verstärkt, der Höhepunkt der Krankheit früher erreicht wird und die Remission schneller einsetzt. (AMKRAUT et al. 1971).

Die experimentelle allergische Encephalomyelitis der Ratte kann durch Stressexposition unterdrückt werden (LEVINE et al. 1962).

Die Menge und Zusammensetzung der Immunglobuline ist bei psychiatrischen Patienten, die unter emotionalem Stress stehen, gegenüber der Norm verändert. (SOLOMON 1969a).

Der Antikörpertiter nach Flaggellin-Antigen-Injektion ist bei Ratten nach Stressexposition signifikant erniedrigt. (SOLOMON 1969b).

Narkose vermag die allergisch-hyperergische Entzündung zu hemmen. (EICKHOFF 1937).

Einzelne Bestandteile der immunologischen Sekundärreaktion wie Leukozytose und entzündliche Exsudation lassen sich im Sinne von neuen Reaktionen erlernen (METALNIKOV 1932, KOSLOWSKI 1940).

Der tödliche anaphylaktische Schock durch intravenöse Antigeninjektion beim aktiv sensibilisierten Versuchstier lässt sich durch vorherige Durchtrennung der den Thymus versorgenden Vagusfasern verhindern (SUNDER-PLASSMANN et al. 1971).

Elektrische Stimulation des dorsalen Hypothalamuskernes beim Kaninchen nach vorheriger aktiver Immunisierung bedingt eine Erhöhung der Titer zellulärer und humoraler Antikörper (KORNEVA 1967) und bei Ratten eine Zunahme der Gamma-globulinkonzentration im Serum (FESSEL 1963). Zerstörung dieses

Hypothalamuskernes beim Kaninchen verhindert die Antikörperproduktion nach aktiver Immunisierung (KORNEVA und KHAL 1963).

Diese Befunde lassen das Vorhandensein eines im ZNS geschlossenen, den immunologischen Primär- und Sekundärreaktionen übergeordneten und zu ihrer Modifikation befähigten Regelkreises vermuten (SUNDER-PLASSMANN, SOLOMON). Sie zeigen ferner, dass neben der Modifikation immunologischer Reaktionen die entzündlichen Sekundärprozesse konditioniert werden können.

Auf die Colitis ulcerosa übertragen heisst dies, dass die im Kern ihrer Pathogenese stehenden immunologischen Abläufe möglicherweise durch erlebnisreaktiv ausgelöste zentralnervöse Funktionsveränderungen modifiziert werden könnten. Es liegt nahe zu vermuten, dass der von ENGEL herausgearbeitete, auf seiner psychologischen Seite durch das Gefühl der Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit charakterisierte psychophysische Funktionskomplex an dieser Modifikation immunologischer Abläufe Teil hat und auf diese Weise zur Manifestation der Colitis ulcerosa beiträgt. Es wird eine lohnende Aufgabe zukünftiger psychosomatischer Colitisforschung sein, dieser Hypothese weiter nachzugehen.

## 5. Zusammenfassung

Der erste Teil dieser Arbeit war der Frage gewidmet, ob sich Zusammenhänge zwischen psychischen Faktoren und dem Auftreten der Colitis ulcerosa nachweisen lassen. Persönlichkeitsstruktur und Erlebnissituation vor Ausbruch der Erkrankung wurden getrennt abgehandelt. Jeweils erfolgte zuerst eine Darstellung des typologischen Bildes über die Persönlichkeitsstruktur bzw. die Erlebnissituation, wie es der Literatur zu entnehmen war. Danach wurde überprüft, ob sich durch quantitative Erfassung einzelner Merkmale der Persönlichkeit und der Erlebnissituation ein Normabweichen der Colitispatienten in Richtung auf den zuvor konstruierten Idealtypus tatsächlich nachweisen liess.

Ergebnis dieses ersten empirisch orientierten Teils war: Colitispatienten wiesen in der Mehrzahl bestimmte Persönlichkeitsstrukturen auf, die sie zu schwer verarbeitbaren Objektverlusterlebnissen prädisponierten. Derartige Objektverlusterlebnisse fanden sich in überzufälliger Häufigkeit vor Ausbruch der Erkrankung. Diese

Befunde liessen den Schluss zu, dass die beschriebenen Objektverlusterlebnisse eine Mitbedingung der Erkrankung im Sinne einer unspezifischen Auslösung darstellten. Nicht alle Colitispatienten aber wiesen derartige auslösende Objektverlusterlebnisse auf. Dadurch wurde die Annahme widerlegt, dass diese psychologischen Faktoren ursächlich für den spezifischen pathogenetischen Prozess sein könnten. Persönlichkeitstruktur und Krankheit stehen in einer indirekten Bedingungs-Folge-Beziehung, die Wirksamkeit der Persönlichkeitsstruktur entfaltet sich über die Disposition zu den genannten Objektverlusterlebnissen und deren charakteristischer Verarbeitung.

All dies berechtigte zu der Aussage:

Die Colitis ulcerosa ist in der Regel eine psychosomatisch mit- a u s g e l ö s t e Krankheit. Sie ist aber keine psychosomatische Krankheit im engeren Sinne, d.h. eine überwiegend psychisch v e r u r s a c h t e Krankheit. In diesem Zusammenhang wurde auf die Wichtigkeit der Unterscheidung zwischen auslösenden, "katalysatorischen" Bedingungen und ursächlichen, "bildbestimmenden" Bedingungen hingewiesen.

Im zweiten Teil der Arbeit wurden die grundlegenden Erklärungsmodelle der Psychosomatik auf ihre Eignung zur Erhellung der gegebenen psychosomatischen Zusammenhänge bei der Colitis ulcerosa überprüft.

Das Konversionsmodell stiess auf schwerwiegende Einwände, da es den spezifischen Krankheitsprozess selber als Folge eines Konversionsvorganges auffasst. Auch die Denkmöglichkeit des Vorliegens blosser Krankheitsauslösung i.S. einer Komplikation eines Konversionsvorganges rief Bedenken hervor, da es bislang keinen überzeugenden Beweis dafür gibt, dass auch die dem autonomen Nervensystem unterworfenen Organe, wie der Darm, Konversionsträger sein können.

Das Stressmodell zeigte sich dagegen eher geeignet, die psychosomatischen Zusammenhänge der Colitis ulcerosa zu erklären. Die grösste Wahrscheinlichkeit gewann die Vorstellung, dass emotionaler Stress, wie er in der Objektverlustsituation abläuft, mit einer Reihe von leiblichen Funktionsveränderungen

einhergeht, welche die Resistenz des Organismus in unspezifischer Weise senken und damit die Manifestation der als bereitliegend gedachten spezifischen Krankheitsprozesse fördern. Psychophysische Beobachtungen vermochten bereits einen Teil derartiger durch das autonome Nervensystem vermittelte Funktionsveränderungen am Dickdarm nachzuweisen. Es blieb jedoch offen, ob nicht auf anderem Gebiet noch andere - und vielleicht noch entscheidendere - Funktionsveränderungen ablaufen.

In Anbetracht der Bedeutsamkeit, welche immunologischen Prozessen für die Pathogenese der Colitis ulcerosa zukommt, schloss die Arbeit mit Gedanken über mögliche psychoimmunologische Zusammenhänge, deren weitere Untersuchung bei der Colitis ulcerosa der zukünftigen psychosomatischen Colitisforschung nahegelegt wurde.

LITERATURVERZEICHNIS

1. ALEXANDER, F.: Über den Einfluß psychischer Faktoren auf gastrointestinale Störungen; allgemeine Grundsätze, Ziele und vorläufige Ergebnisse. Int.Z.Psychoanalyse 21,189 (1935)
2. ALEXANDER, F.: Fundamental concepts of psychosomatic research, psychogenesis, conversion, specificity. Psychosom.Med.5,205 (1943)
3. ALEXANDER, F.: Idiopathic ulcerative colitis, discussion. J.A.M.A.,1935:214,Jan.1949
4. ALEXANDER, F.: The development of psychosomatic medicine. Psychosom.Med.24,13 (1962)
5. ALEXANDER, F., T.M.French and G.H.Pollack: Psychosomatic specificity. Experimental studies and results. University Chicago Press, Chicago 1968
6. ALEXANDER, F.: Psychosomatische Medizin. De Gruyter, Berlin 1971
7. ALEXANDER, T.: An objective study of psychological factors in ulcerative colitis in children. Journal-Lancet 85,22 (1965)
8. ALMY, T.P. and M.TULIN: Alterations in colonic function in man under stress. II.Experimental production of changes simulating the "irritable colon". Gastroenterology 8,616 (1947)
9. ALMY, T.P., F.KERN and M.TULIN: Alterations in colonic function in man under stress. II.Experimental production of sigmoid spasm in healthy persons. Gastroenterology 12,425 (1949)
10. ALMY, T.P., L.E.HINKLE, B.BERLE and F.KERN: Alterations in colonic function in man under stress. III.Experimental production of sigmoid spasm in patients with spastic obstipation. Gastroenterology 12,437 (1949)
11. ALMY, T.P., F.K.ABBOT and L.E.Hinkle: Alterations in colonis function in man under stress. IV.Hypomotility of the sigmoid colon and its relationship to the mechanism of functional diarrhea. Gastroenterology 15,95 (1950)
12. ALMY, T.P.: Observations on the pathologic physiology of ulcerative colitis. Gastroenterology 40,299 (1961)
13. ALTER, H.D.: Komplikationen der Colitis ulcerosa. Inaug.-Diss.Erlangen (1970)

14. AMKRAUT, A.A.,  
G.F. SOLOMON and  
H.C. KRAEMER: Stress, early experience and adjuvant-  
induced arthritis in the rat.  
Psychosom. Med. 33, 203 (1971)
15. AREND, P. und G.A. MARTINI: Die Colitis ulcerosa: Ätiologie, Klinik und  
Therapie.  
Der Internist 9, 329 (1968)
16. ARNDS, H.G. und  
E. HAGEDORN: Psychosomatische Aspekte bei Colitis  
ulcerosa.  
Hippokrates 40, 47 (1969)
17. ARTHUR, B.: Role perceptions of children with ulcerative  
colitis.  
Arch. gen. Psychiat. 8, 536 (1963)
18. ASKEVOLD, F.J.: Studies in ulcerative colitis.  
J. Psychosom. Res. 8, 89 (1964)
19. BABB, R.R.: On the diverse causes of ulcerative colitis.  
Gastrointestinal Endoscopy 16, 206 (1970)
20. BARENDREGT, J.T. und  
J.J. GROEN: Een statistische bewerking van het  
Rorschachmaterial van patienten met colitis  
ulcerosa.  
Ned. Tijdschr. v. Psychol. 8, 469 (1953)
21. BARGEN, J.A.: The modern management of ulcerative colitis.  
Thomas, Springfield, III. (1943)
22. BARGEN, J.A.: Psychosomatic aspects of digestive disorders.  
Gastroenterology 13, 604 (1949)
23. BARTA, K., L. BENYSEK  
und B. ROTREKL: Zirkulierende antinucleäre Globuline bei  
der Colitis ulcerosa.  
Gastroenterologia 102, 16 (1964)
24. BENDIXEN, G.: Specific inhibition of the in vitro  
migration of leucocytes in ulcerative  
colitis and Crohn's disease.  
Scand. J. Gastroenterol. 2, 214 (1967)
25. BENDIXEN, G.: Cellular hypersensitivity to components of  
intestinal mucosa in ulcerative colitis and  
Crohn's disease.  
Gut 10, 611 (1969)
26. BERBLINGER, C.W.  
und M.H. GREENHILL: Levels of communication in ulcerative  
colitis. A case study.  
Psychosom. Med. 16, 156 (1954)
27. BICKS, R.O.: Immunologic "colitis" in dogs.  
Amer. J. Digest. Dis. 7, 574 (1962)
28. BINDER, V.: A genetic study of ulcerative colitis.  
Scand. J. Gastroent. 1, 49 (1966)
29. BLÄKER, F., K.H. SCHÄFER  
und H. WALLIS: Neuere Erkenntnisse über Vorkommen,  
Ätiologie, Pathogenese und Therapie der  
Colitis ulcerosa.  
Mtschr. Kinderheilkd. 117, 52 (1969)

30. BLÄKER, F.: Immunologische Faktoren.  
In: Krauspe, C., K. Müller-Wieland und F. Stelzner (Hrsg):  
Colitis ulcerosa und granulomatosa.  
Urban & Schwarzenberg, München 1972
31. BLEULER, M.: Probleme der Psychosomatik.  
Schw. Med. Wschr. 90, 170 (1960)
32. BOCKUS, H. L.: Reflections on functional-structural interrelationships in digestive tract disorder.  
Canadian Med. Ass. J. 100, 476 (1969)
33. BONNEVIE, O.: A socio-economis study of patients with ulcerative colitis.  
Scand. J. Gastroenterology 2, 129 (1967)
34. BRÄUTIGAM, W. und P. Christian: Psychosomatische Medizin.  
Thieme, Stuttgart 1973
35. BODMAN, S.: The psychologic background of colitis.  
Am. J. Med. Sc. 190, 535 (1935)
36. BRESSLER, B.: Ulcerative colitis as an anniversary symptom.  
Psychoanalytic Review 43, 381 (1956)
37. BROBERGER, O.: Immunologic studies in ulcerative colitis.  
Gastroenterologia 47, 229 (1964)
38. BROWN, W., P. W. PREN and A. J. SULLIVAN: Ulcerative colitis and the personality.  
Am. J. Psychiatry 95, 407 (1938)
39. BRUNNER-ORNE, M.: Ulcerative colitis; emotional aspects and personality patterns.  
Am. J. Proctology 12, 119 (1961)
40. BUCK, C.: The problem of specificity in psychosomatic illness.  
J. Psychosom. Res. 3, 272 (1959)
41. DURCH, P. R. J., F. T. De DOMBAL and G. WATKINSON: Aetiology of ulcerative colitis. II. A new hypothesis.  
Gut 10, 277 (1969)
42. CANNON, W. B.: Bodily changes in pain, hunger and rage.  
Appleton, New York 1920
43. CANNON, W. B.: The role of emotions in disease.  
Ann. int. Med. 9, 1453 (1946)
44. CASTELNUOVO-TEDESCO, P.: Ulcerative colitis in an adolescent boy subjected to a homosexual assault.  
Psychosom. Med. 24, 148 (1962)
45. CHAMBERS, W. N. and M. ROSENBAUM: Psychosomatic conference of the Cincinatti General Hospital march 1950.  
Psychosom. Med. 15, 523 (1953)
46. CHAPMAN, L. F., L. GOODELL and H. G. WOLFF: Augmentation of the inflammatory reaction by activity of the central nervous system.  
Arch. Neurol. 1, 557 (1959)

47. CHAUDHARY, N.A. and S.C. TRUELOVE: Human colonic motility. III. Effect of emotions. Gastroenterology 40,27 (1961)
48. COBB, St.: Anaclitic treatment in a patient with ulcerative colitis. Am.J.Med. 14,731 (1953)
49. CONDRAU, G.: Psychosomatische Krankheitslehre. Z.Psychosom.Med. 15,90 (1969)
50. CRADDOCK, C.G.: Chronic ulcerative Colitis. Effect of a specific psychotherapeutic measure. Psychosom.Med. 15,512 (1953)
51. CREMERIUS, J.: Freuds Konzept über die Entstehung psychogener Körpersymptome. Psyche 11,125 (1957)
52. CULLINAN, E.R.: Ulcerative colitis: clinical aspects. Brit.Med.J. II,1351 (1938)
53. CURTIUS, F.: Hypnotische Behandlung schwerer Colitiden. Dtsch.Arch.klin.Med. 190,444 (1943)
54. CURTIUS, F. und H.G. ROHRMOSER: Zur Psychotherapie der Colitis ulcerosa. Dtsch.Med.Wschr. 80,105 (1955)
55. CURTIUS, F.: Die Colitis ulcerosa und ihre konservative Behandlung. Springer, Berlin 1962
56. CUSHING, M.M.: Psychoanalytic treatment in ulcerative colitis Bull.Am.Psa.Ass. 8,199 (1952)
57. CUSHING, M.M.: The psychoanalytic treatment of a man suffering with ulcerative colitis. J.Am.Pschoanalyt.Ass. 1,510 (1953)
58. DANIELS, G.E.: Treatment of a case of ulcerative colitis associated with hysterical depression. Psychosom.Med. 2,276 (1940)
59. DANIELS, G.E.: Psychiatric aspects of ulcerative colitis. New. Engl.J.Med. 226,178 (1942)
60. DANIELS, G.E.: Non-specific ulcerative colitis as a psychosomatic disease. Med.Clin.N.Am. 2,593 (1944)
61. DANIELS, G.E.: Psychiatric factors in ulcerative colitis. Gastroenterology 10,59 (1948)
62. DANIELS, G.E., J.F.O'CONNOR, A.KARUSH, L.MOSES, C.A.FLOOD and M.LEFOUR: Three decades in the observation and treatment of ulcerative colitis. Psychosom.Med. 24,85 (1962)
63. De BOOR, C.: Die Colitis ulcerosa als psychosomatisches Syndrom. Psyche 18,107 (1964/65)

54. De BOOR, C.:  
Zur Psychosomatik der Allergie, insbesondere  
des Asthma bronchiale.  
Klett, Stuttgart 1965
55. De DOMBAL, F.T.,  
P.R.J. BURCH and  
G. WATKINSON:  
Aetiology of ulcerative colitis.  
Gut 10, 270 (1969)
56. De la VEGA, G.:  
Ulcerative colitis and feminine homosexuality.  
Rev. psiquiat. Peru 4, 136 (1961)
57. DEILING, L., G. HUGHEMANN,  
M. CLASSEN und J. v. d. EMDE:  
Die Prognose der Colitis ulcerosa.  
Dtsch. Med. Wschr. 94, 247 (1969)
58. DENNIS, C., F. EDDY,  
H. N. F. YKMAN, A. M. Mc CARTHY  
and D. NESTOVER:  
The response to vagotomy in idiopathic  
ulcerative colitis and regional enteritis.  
Ann. Surg. 128, 479 (1948)
59. DEUCHER, F.:  
Die Ursache und Entstehung der Colitis  
ulcerosa.  
Wien. Med. Wschr. 113, 745 (1963)
60. DEUTSCH, F. (Hrsg):  
The psychosomatic concept in psychoanalysis.  
Monograph series of Boston Psychoanalytic  
Society and Institut, Inc., Boston. (1953)
61. DORFMAN, W.:  
Narcoanalysis in ulcerative colitis.  
N.Y. State J. Med. 52, 2019 (1952)
62. DOUST, J. W. L.:  
Psychiatric aspects of somatic immunity.  
Brit. J. Social Med. 6, 49 (1952)
63. DRURY, A. N., H. FLOREY  
and M. E. FLOREY:  
The vascular reactions of the colonic  
mucosa of the dog to fright.  
J. Physiol. 68, 175 (1929)
64. DÜHRSEN, A., A. JONES  
und W. SCHWIDDER:  
Zum Streßbegriff der psychosomatischen  
Medizin (Begriffskritik und Arbeits-  
hypothese; Ergebnis einer Umfrage)  
Z. psycho-som. Med. 11, 234 (1965)
65. DUNBAR, F.:  
Psychosomatic diagnosis.  
Hoeber, New York 1948
66. DUNBAR, F.:  
Emotions and bodily changes.  
Hoeber Sec. Ed. New York 1949
67. EDMINSTON, E. and  
R. C. WILLIAMS:  
A study of objectrelation in a case of  
ulcerative colitis.  
Comprehens. Psychiatr. 4, 96 (1963)
68. EICKHOFF, W.:  
Narkose und allergisch-hyperergische  
Entzündung.  
Virchow's Archiv 209, 300 (1937)
69. ELY, N. E., J. W. VERHEY  
and T. H. HOLMES:  
Experimental studies on skin inflammation.  
Psychosom. Med. 25, 264 (1963)
70. ENGEL, G. L.:  
Studies of ulcerative colitis. I. Clinical  
data bearing on the nature of the somatic  
process.  
Psychosom. Med. 16, 496 (1954)

81. ENGEL, G.L.: Studies of ulcerative colitis.II.The nature of the somatic process and the adequacy of psychosomatic hypotheses.  
Am.J.Med. 16,416 (1954)
82. ENGEL, G.L.: Studies of ulcerative colitis.III.The nature of the psychologic process.  
Am.J.Med. 19231 (1955)
83. ENGEL, G.L.: Studies of ulcerative colitis.IV.The significance of headaches.  
Psychosom.Med. 18,334 (1956)
84. ENGEL, G.L.: Studies in ulcerative colitis.V.Psychological aspects and their implications for therapy.  
Am.J.Dig.Dis. 3,315 (1958)
85. ENGEL, G.L.: Biologic and psychologic feature of the ulcerative colitis patient.  
Gastroenterology 40,315 (1961)
86. ENGEL, G.L.: Psychological developement in health and disease.  
Philadelphia 1962.  
Deutsche Übersetzung:  
Psychisches Verhalten in Gesundheit und Krankheit.  
Huber, Bern 1970
87. ENGEL, G.L.: The concept of psychosomatic disorders.  
J.Psychosom.Res. II,3 (1967)
88. ENGEL, G.L.: A life setting conducive to illness: the giving up-given up-complex.  
Ann.Int.Med. 69,293 (1968)
89. ENGEL, G.L.: Psychologic process and gastrointestinal disorder.  
In: Paulson, M. (Hrsg.):  
Gastroenterologic Medicine.  
Philadelphia 1969
90. ENGEL, G.L. und H. SCHMALE: Eine psychoanalytische Theorie somatischer Störungen.  
Psyche 23,241 (1969)
91. ENGEL, G.L.: Psychologic factors in ulcerative colitis in man and gibbon.  
Gastroenterology 48,362 (1969)
92. ENGEL, G.L.: Psychologic aspects of the management of patients with ulcerative colitis.  
N.Y.State J.Med. 52,2255 (1952)
93. ENKE, H.: Pathogenetische Faktoren bei Colitis ulcerosa.  
Z.Psychoth.Med.Psychol. 9,54 (1959)
94. ENKE, H.: Die Stellung der Psychotherapie in der Behandlung der Colitis ulcerosa.  
Med.Klinik 58,478 (1963)

95. ENKE, H. und S. MICHEL: Über einige Kriterien der Mutter-Kind-Beziehung bei männlichen Patienten mit den Symptomen: Asthma bronchiale, Colitis gravis, Herzbeschwerden und Magenbeschwerden. Z. Psychoth. Med. Psychol. 13, 108 (1967)
96. FÄSSLÄNDER, H.: Colitis ulcerosa. Übersicht an Hand von 172 Fällen. Dtsch. Med. Wschr. 91, 1953 (1966)
97. FEIEREIS, H., K. KAMERSKI und G. ROHMANN: Colitis ulcerosa und Psyche. Arch. Psychiatr. Z. ges. Neurol. 202, 657 (1962)
98. FEIEREIS, H.: Beobachtungen zur psychischen Struktur bei Colitispatienten. Verh. Dtsch. Ges. Inn. Med. LXII, 701, Wiesbaden 1967
99. FEIEREIS, H.: Klinik und Therapie der Colitis ulcerosa. München 1969
100. FEIDMAN, F., D. CANTON, S. SOLL and W. BACHMACH: Psychiatric study of a consecutive series of 34 patients with ulcerative colitis. Brit. Med. J. 3, 14 (1967)
101. FESSLE, J. J.: Hypothalamic role in control of gamma globulin levels. Arthr. Rheum. 6, 770 (1963)
102. FINCH, S. M. and J. E. MOSS: Ulcerative colitis in children. Am. J. Psychiatr. 118, 819 (1962)
103. FLOOD, C. A., M. J. LEONG, R. B. MILATT and A. MEGUSH: Prognosis in chronic ulcerative colitis. J. Chron. Dis. 4, 267 (1956)
104. FONTANA, A. E.: Colitis ulcerosa: presentazione de un caso. Rec. psicoanal. 15, No. 5 (1958) zit. nach: Leon, C. A.: Abstracts of periodical literature. Psychosom. Med. 21, 171 (1959)
105. FORD, C. V., G. A. GLOBER and P. CASTELNUOVO-TEDESCO: A psychiatric study of patients with regional enteritis. J. A. M. A. 208, 311 (1969)
106. FOX, C. L., J. M. EINBINDER and C. T. NELSON: Comparative inhibition of anaphylaxis in mice by steroids, tranquillizers and other drugs. Am. J. Physiol. 192, 241 (1958)
107. FREUD, A.: Das Ich und die Abwehrmechanismen. Kindler, München 1968
108. FREUD, S.: Die Abwehrneuropsychosen. Ges. Werke, Bd. I, S. 57=74. S. Fischer, Frankfurt 1964
109. FREYBERGER, H.: Depressive Syndrome bei chronisch-internistischen Erkrankungen - dargestellt am Beispiel der Adipositas und der Colitis ulcerosa. Ärztliche Forschung 20, 169 (1966)

110. FREYBERGER, H.,  
K. MÜLLER-WIELAND: Kombiniertes internistisch-psychosomatisches  
Therapieansatz bei Colitis ulcerosa.  
Med.Klinik 61,228 (1966)
111. FREYBERGER, H.: Psychosomatische Therapie bei Colitis  
ulcerosa.  
Med.Klinik 64,969 (1969)
112. FREYBERGER, H.: Psychosomatische Aspekte bei Colitis  
ulcerosa.  
In: Dünndarm und Dickdarm.  
5. Bad Mergentheimer Stoffwechselfahrt.  
Stuttgart 1970
113. FREYBERGER, H.: Psychosomatische und psychophysiologische  
Faktoren.  
In: Krauspe, C., K. Müller-Wieland u. F. Stelzner  
(Hrsg.): Colitis ulcerosa und granulomatosa.  
Urban u. Schwarzenberg S.25-31, München 1972
114. FREYBERGER, H.: Psychosomatik und Psychotherapie.  
In: Krauspe, C., K. Müller-Wieland u. F. Stelzner  
(Hrsg.): Colitis ulcerosa und granulomatosa.  
Urban u. Schwarzenberg S.265-338, München 1972
115. FRY, W.F.: Ulcerative colitis and the communication  
process.  
Am.J.Orthopsychiatry 39,484 (1969)
116. FULLERTON, D.T.,  
E.J.KOLLAR and  
A.B.CALDWELL: A clinical study of ulcerative colitis.  
J.A.M.A. 181,465 (1962)
117. FULLERTON, D.T.: Psychosomatic diseases of the colon in  
adults.  
California Med. 102,33 (1965)
118. GLATZEL, H.: Colitis ulcerosa.  
In: Handb. Neurosenl. u. Psychoth. Bd.2, S.449,  
München 1959
119. GRACE, W.J.: Life situations, emotions and chronic  
ulcerative colitis.  
J.A.M.A. 142,1044 (1950)
120. GRACE, W.J. and H.G.WOLFF: Treatment of ulcerative colitis.  
J.A.M.A. 146,981 (1951)
121. GRACE, W.J., S.WOLF and  
H.G.WOLFF: The human colon.  
Hoeber und Harper, New York 1951
122. GRACE, W.J., R.H.PINSKY  
and H.G.WOLFF: The treatment of ulcerative colitis.  
Gastroenterology 26,462 (1954)
123. GRACE, W.J. and D.T.GRAHAM: Relationship of specific attitudes and  
emotions to certain bodily diseases.  
Psychosom.Med.14,243 (1952)
124. GRAHAM, D.T., R.M.LUNDY,  
L.S.BENJAMIN, J.D.KOBLER,  
W.C.LEWIN, N.O.KUNISH and  
F.K.GRAHAM: Specific attitudes in initial interviews  
with patients having different "psychosomatic"  
diseases.  
Psychosom.Med. 24,257 (1962)

129. GRINBERG, A.S.:  
Die Physiologie der Affekte.  
Psyche 15,38 (1961)
130. GRÖDDUCK, G.:  
Psychische Bedingtheit und psychoanalytische ,  
Behandlung organischer Leiden.  
Leipzig 1917
131. GRÖDDUCK, G.:  
Das Buch vom Es.  
Leipzig 1923
132. GROEN, J.J.:  
Psychogenesis and psychotherapy of  
ulcerative colitis.  
Psychosom.Med. 9,150 (1947)
133. GROEN, J.J.:  
Psychogenesis and psychotherapy of  
ulcerative colitis.  
In: Dunbar, F. (Hrsg.): Psychosomatic diagnosis.  
Hoeber S.201, New York 1948
134. GROEN, J.J. and  
J.BASTIAANS:  
Psychotherapy of ulcerative colitis.  
Gastroenterology 17,344 (1951)
135. GROEN, J.J., J.BASTIAANS  
and S.J.VLES:  
De betekenis van persoonlijkheidsstructuur  
en emotionele conflict-situatie voor de  
aetiologie van colitis ulcerosa.  
Ned.Tijdschr.Geneesk. 95,1043 (1951)
136. GROEN, J.J. and  
J.BASTIAANS:  
Studies on ulcerative colitis.  
In: O'Neill, D.: Modern trends in psycho-  
somatic medicine.  
London 1955, S.102
137. GROEN, J.J. and  
M.van der VALK:  
Psychosomatic aspects of ulcerative colitis.  
Gastroenterologia 86,590 (1956)
138. GROEN, J.J.:  
Psychosomatic disturbances as a form of  
substituted behavior.  
J.Psychosom.Res. 2,85 (1957)
139. GROEN, J.J.:  
Panel discussion on ulcerative colitis.  
Proc.Int.Congr.Gastroent.Leyden(1960).  
In: Excerpta med.Congr.Ser.Amst., S.511 (1960)
140. GROEN, J.J. and  
B.BIERNBAUM:  
Conservative (supportive) treatment of  
severe ulcerative colitis.  
Israel J.Med. 4,130 (1968)
141. HAU, T.F.:  
Psychotherapie bei Colitis ulcerosa.  
Med.Trib. 17,19 (1970)
142. HECHT, I.:  
The difference in goal striving behavior  
between peptic ulcer and ulcerative colitis  
patients as evaluated by psychological  
techniques.  
J.Clin.Psychol. 16,262 (1952)
143. HENRY, G.W.:  
Emotions and digestive functions.  
J.A.M.A. 3,19 (1927)
144. HILL, C.W., W.E.GREER  
and O.FELSENFELD:  
Psychological stress, early response to  
foreign protein, and blood cortisol in  
vervets.  
Psychosom.Med. 29,279 (1967)
145. HAGEDORN, E.:  
Zur Pathogenese psychosomatischer Colon-  
erkrankungen.  
Z.Psychosom.Med.Psychoanalyse 18,131 (1972)

142. HILL, O.W.: Modern trends in psychosomatic medicine.  
London 1970
143. HOFF, H. und E. RINGEL: Aktuelle Probleme der psychosomatischen  
Medizin.  
Jolis, München 1964
144. JACKSON, D.D.: The psychosomatic factors in ulcerative  
colitis. A case report.  
Psychosom. Med. 8, 278 (1946)
145. JACKSON, D.D. and I. YALOM: Family research on the problems of  
ulcerative colitis.  
Arch. gen. Psychiatr. 15, 410 (1966)
146. JACOBS, M.A., L.S. ANDERSON,  
H.D. EISMAN, J.J. MÜLLER  
and S. FRIEDMAN: Interaction of psychologic and biologic  
predisposing factors in allergic disorders.  
Psychosom. Med. 29, 572 (1967)
147. JENSSEN, M.M. J. Immunol. 90, 17 (1963)
148. JORES, A.: Gestörte Entfaltung als pathogenetisches  
Prinzip.  
Verh. dtsh. Ges. Inn. Med. LXXIII, 10,  
Wiesbaden 1967
149. JORES, A.: Psychopathologische Befunde bei Patienten  
mit Colitis ulcerosa.  
Ther. Umschau 26, 5 (1969)
150. KAHANA, R.J.: A remission through crisis in ulcerative  
colitis.  
Psychosom. Med. 24, 499 (1962)
151. KARUSH, A. and G.E. DANIELS: Ulcerative colitis. The psychoanalysis of  
two cases.  
Psychosom. Med. 15, 140 (1953)
152. KARUSH, A., R.B. HIATT  
and G.E. DANIELS: Psychophysiological correlations in  
ulcerative colitis.  
Psychosom. Med. 17, 36 (1955)
153. KARUSH, A., G.E. DANIELS,  
J.F. O'CONNOR and  
L.O. STERN: The response to psychotherapy in chronic  
ulcerative colitis. I. Pretreatment factors.  
Psychosom. Med. 30, 255 (1968)
154. KARUSH, A., G.E. DANIELS,  
J.F. O'CONNOR and  
L.O. STERN: The response to psychotherapy in chronic  
ulcerative colitis. II. Factors arising  
from the therapeutic situation.  
Psychosom. Med. 31, 201 (1969)
155. KERN, F., T.P. ALMY,  
F.K. ABBOT and  
M. BOGDONOFF: The motility of the distal colon in  
ulcerative colitis.  
Gastroenterology 19, 492 (1951)
156. KERN, F. and T.P. ALMY: The effects of acetylcholine and  
methacoline upon the human colon.  
J. Clin. Invest. 35, 555 (1952)
157. KIMBALL, C.P.: Conceptual developments in psychosomatic  
medicine: 1939-1969.  
Ann. Int. Med. 73, 307 (1970)

158. MILLER, J.B.: Experimental hypersensitivity reactions in the colon and the problem of ulcerative colitis.  
Am.J.Digest.Dis. 5,868 (1960)
159. MILLER, L.S.: Notes on a case of ulcerative colitis.  
Int.J.Psychoanalysis 46,342 (1965)
160. MILLER, L.: New directions in psycho-analysis.  
London (1955)
161. MILLER, L.S.: Neue Aspekte in Pathogenese und Therapie der Colitis ulcerosa.  
Med.Wschr. 121,676, Wien 1971
162. KOFFLER, D., S.MINKOWITZ, M.ROTHMAN and J.GARLOCK: Immunocytochemical studies in ulcerative colitis and regional ileitis.  
Am.J.Pathol. 41,753 (1962)
163. KOLLAR, E.J., D.T.FULLERTON, R.Di CERSO and C.F.AGLE: Stress specificity in ulcerative colitis.  
Comprehensive Psychiatry 5,101 (1964)
164. KRAFT, S.C., E.BUEGELAN, and J.B.KIRSNER: Criteria for evaluating autoimmune mechanisms in ulcerative colitis.  
Gastroenterology 43,550 (1962)
165. KRAFT, S.C., J.J.KIRFILL, F.W.FITCH and J.B.KIRSNER: Immunohistochemical studies of the colon in ulcerative colitis.  
Arch.Pathol. 82,369 (1966)
166. KRAFT, S.C. and J.B.KIRSNER: Some considerations on immunologic mechanisms in nonspecific ulcerative colitis.  
J.Med.Sciences 4,122, Israel 1968
167. KOSLUSKI, L.: Die Bedeutung der bedingten Reflexe für die Immunitätslehre.  
Z.Pathol. 54,104, Frankf. 1940
168. KORNEVA, E.A. und KHAI: Effect of destruction of hypothalamic areas on immunogenesis.  
Fizio Zh SSSR Sechenov (Sechenov Physiological Journal of USSR) 49,42 (1963)
169. KORNEVA, E.A.: The effect of stimulating different mesencephalic structures on protein immune response patterns.  
Fizio Zh SSSR Sechenov (Sechenov Physiological Journal of the USSR) 53,42 (1967)
170. KIRSNER, J.: Personality differences between patients classified as psychosomatic and nonpsychosomatic.  
J.Abnormal Psychol. 48,190 (1953)
171. KRAUSE, C., K.MÜLLER-WIELAND und F.STELZNER (Hrsg.): Colitis ulcerosa und granulomatosa.  
Urban und Schwarzenberg, München 1972
172. KÜHN, H.A. und E.NÄGELE: Colitis ulcerosa.  
Ergebn.Inn.Med.Kinderheilkd. 25,165 (1967)

172. KOLN, H.A.:  
Ätiologie und Pathogenese der Colitis ulcerosa.  
Med.Klinik 64,961 (1969)
173. KOLN, H.A. und  
K.SCHULTIS:  
Therapie der Colitis ulcerosa.  
Ther.Praxis 58,597 (1970)
174. LABHARD, F. und R.KOHL:  
Zum Problem des unbewußten Selbstmordes  
am Beispiel der Colitis ulcerosa.  
Z.Präventivmed. 10,512 (1965)
175. LANGEN, D.:  
Ist die ileitis terminalis eine psychosoma-  
tische Krankheit?  
Ther.Umschau 26,11 (1969)
176. LANGEN, D.:  
Psychodiagnostik, Psychotherapie.  
Thieme, Stuttgart 1969
177. LANGEN, D.:  
The importance of emotional disturbances  
in chronic ulcerative colitis.  
Gastroenterology 41,819 (1965)
178. LANGEN, D.:  
Suppression of experimental allergic  
encephalomyelitis by stress.  
Proc.Soc.Exp.Biol.Med. 139,294 (1964)
179. LINDEMANN, E.:  
Psychiatric aspects of the conservative  
treatment of ulcerative colitis.  
Arch.Neurol.Psychiatry 53,522 (1945)
180. LINDEMANN, E.:  
Modifications in the course of ulcerative  
colitis in relationship to life changes  
and reaction patterns.  
In: Wolff, H.G. (Hrsg.): Life stress and  
bodily disease.  
William und Wilkins S.706, Baltimore 1958
181. LINDEN, A.:  
Etiology of ulcerative colitis.  
Arch.Int.Med. 63,216 (1939)
182. LIPP, R.:  
Peptic ulcer and diarrhea following the  
removal of the prevertebral ganglia in dogs.  
Surgery 9,538 (1941)
183. LITZ-BOG, J.O.:  
Psychosomatische Forschung.  
In: Psychiatrie der Gegenwart, Bd.I, 2.  
Springer, Berlin 1963
184. LOUMOS, S.:  
Autonomic nervous system and immunity.  
Arch.Neurol.Psychiatry 68,69 (1952)
185. LUBAN-FLOZZA, B.  
und W.FÖLDINGEL:  
Der psychosomatische Kranke in der Praxis.  
München 1971
186. MANNING, V.P., H.L. BOCKUS,  
M. INGRAM, L.W. HUNDLEY and  
J.C. YASKIN:  
Studies in ulcerative colitis. I. A study  
of the personality in relation to ulcerative  
colitis.  
Gastroenterology 13,547 (1949)
187. MAINE, J.F. and  
D.O'NEILL:  
Ulcerative colitis: treatment by psycho-  
therapy.  
Guy's Hosp.Rep. 98,113 (1949)

189. MARGOLIN, S.: Psychophysiological studies of fistulous openings in the G.I. tract.  
J.Mt.Sinai Hosp. 20,194 (1953)
190. McDERMOTT, J.F.: Children with ulcerative colitis: their own perception of the disease.  
Psychosomatics 7,163 (1966)
191. McDERMOTT, J.F. and S.M.FINCH: Ulcerative colitis in children. Reassessment of a dilemma.  
J.Am.Acad.Child Psychiatry 6,512 (1967)
192. McKEGNEY, F.P., M.O.GORDON and S.M.LEVINE: A psychosomatic comparison of patients with ulcerative colitis and Crohn's disease.  
Psychosom.Med. 32,153 (1970)
193. McKELL, T.E., S.W.TUTHILL and A.J.SULLIVAN: The affective response of a patient with chronic ulcerative colitis to cortisone.  
Gastroenterology 17,20 (1951)
194. McMAHON, A.W., P.SCHMITT, J.F.PATTERSON and E.ROMMAN: Personality differences between inflammatory bowel disease patients and their healthy siblings.  
Psychosom.Med. 35,91 (1973)
195. MLINERTZ, J.: Grundsätzliches zur Frage der Psychosomatik.  
Psyche 12,521 (1958)
196. MENDELOFF, A.J., M.MONK, Ch.I.SIEGEL and A.LILIENFELD: Illness experience and life stress in patients with irritable colon and with ulcerative colitis.  
New.Engl.J.Med.282,14 (1970)
197. MENDELSON, M.: A critical examination of some recent theoretical models of psychosomatic medicine.  
Psychosom.Med. 18,363 (1956)
198. METALNIKOV, S.: Die Rolle des Nervensystems und der psychischen Faktoren bei der Immunität.  
Ztschr.Exp.Med. 84,39 (1932)
199. MEYER, B.C.: Alcuni Aspetti psichiatrici della Colite ulcerosa chronica.  
Med.Psicosomat. 2,116 (1956)
200. MITSCHERLICH, A.: Anmerkung über die Chronifizierung psychosomatischen Geschehens.  
Psyche 15,1 (1961/62)
201. MITSCHERLICH, A.: Zur psychoanalytischen Auffassung psychosomatischer Krankheitsentstehung.  
Psyche 7,561 (1953/54)
202. MITSCHERLICH, A.: Krankheit als Konflikt. Studien zur Psychosomatik. Bd.1 und 2  
Suhrkamp, Frankfurt 1969
203. MOHR, G.J.: Psychologic aspects of ulcerative colitis.  
Am.J.Gastroent. 34,46 (1960)
204. MOHR, G.J. and COW: Studies in ulcerative colitis.  
Am.J.Psychiatry 114,1067 (1958)

205. MONK, M., A. J. MENDELOFF,  
and C. I. SIEGEL: An epidemiological study of ulcerative  
colitis and regional enteritis among  
adults in Baltimore. II. Social and  
demographic factors.  
Gastroenterology 56, 847 (1969)
206. MÜLLER-WIELAND, K.: Internistische Behandlung der Colitis  
ulcerosa.  
Med. Klin. 64, 964 (1969)
207. MÜLLER-WIELAND, K.: Kolitis in der Inneren Medizin.  
In: Krauspe, C., K. Müller-Wieland und  
F. Stelzner: Colitis ulcerosa und granulomatosa.  
Urban und Schwarzenberg, München 1972
208. MURRAY, D. D.: Psychogenic factors in the etiology of  
ulcerative colitis.  
Am. J. Med. Sc. 180, 239 (1930)
209. MURRAY, C. D.: A brief psychological analysis of a patient  
with ulcerative colitis.  
J. Nerv. Ment. Dis. 72, 617 (1930)
210. MUSLATT, C.: Psychological aspects of non-specific  
ulcerative colitis.  
In: Wittkower, E. D. and Cleghorn, R. A. (Ed.)  
Recent developments in psychosomatic  
medicine.  
Philadelphia 1954, S. 345
211. MYRZO, V. D. and  
L. V. MYRZO: On the question of neural regulation of the  
process of immunogenesis. I. Variation in the  
antibody content of white rats as related to  
their type of nervous system.  
Zh Mikrobiologii (Petersburg) 44, 53 (1967)
212. NAVRATIL, L.: Zur Psychodynamik der Colitis ulcerosa.  
Med. Wschr. S. 156, Wien 1954
213. O'CONNOR, J. F.,  
G. E. DANIELS, C. FLOOD,  
A. KARUSH, L. MOSES and  
L. O. STERN: An evaluation of the effectiveness of  
psychotherapy in the treatment of ulcerative  
colitis.  
Ann. Int. Med. 60, 587 (1964)
214. O'CONNOR, J. F.,  
G. E. DANIELS, A. KARUSH,  
L. MOSES, C. FLOOD  
and L. O. STERN: The effects of psychotherapy on the course  
of ulcerative colitis—a preliminary report.  
Am. J. Psychiatry 120, 738 (1964)
215. O'CONNOR, J. F.,  
G. E. DANIELS, A. KARUSH,  
C. FLOOD, and L. O. STERN: Prognostic implications of psychiatric  
diagnosis in ulcerative colitis.  
Psychosom. Med. 28, 375 (1966)
216. O'CONNOR, J. F.: Ulcerative colitis. Emotional problems  
and their management.  
Med. Times 94, 106 (1966)
217. O'CONNOR, J. F.: Psychological considerations in ulcerative  
colitis.  
N. Y. State J. Med. 68, 1055 (1968)

218. GUCCIONE, J.T.: A comprehensive approach to the treatment of ulcerative colitis.  
In: Hill, O.W. (Hrsg.): Modern trends in psychosomatic medicine.  
London 1970
219. GUR, G.: Das vegetative Nervensystem bei Colitis ulcerosa.  
Dtsch.Z.Nervenheilkd. 187,837 (1965)
220. HALLER, A.L.: Chronic ulcerative colitis.  
Gastroenterology 10,767 (1948)
221. HALLER, J.W.: Ulcerative colitis. A study of 173 cases.  
Gastroenterology 10,566 (1950)
222. HALLER, J.W.: Psychotherapy in ulcerative colitis.  
Lancet II,215 (1956)
223. HALLER, J.W.: Emotional factors in ulcerative colitis.  
Gastroenterologia 86,709 (1956)
224. HALLER, J.W.: Stress and the gut.  
Brit.J.Clin.Pract. 13,514 (1959)
225. HALLER, J.W.: Medical management of ulcerative colitis.  
Proc.Roy.Soc.Med. 64,971 (1971)
226. HELLMAN, P. and S.HAMBERSTROM: Antigen from colon of germfree rats and antibodies in human ulcerative colitis.  
Ann.N.Y.Acad.Sci. 124,377 (1965)
227. HELLMAN, P. and C.BROBELGAR: Over gastrointestinal system.  
In: Miescher, P.A. and H.J.Müller-Eberhard: Textbook of immunology.  
New York 1969
228. ILATON: Charmides.  
In: Sämtliche Werke Bd.I, S.246  
Berlin (o.J.),  
zit.n.: Bräutigam, u. und P.Christian:  
Psychosomatische Medizin.  
Thieme, Stuttgart 1973
229. PORTER, R.W., J.V.BRADY, D.CONRAD, J.W.MASON, R.GALAMBOS and D.H.KIOCH: Some experimental observations on gastrointestinal lesions in behaviorally conditioned monkeys.  
Psychosom.Med. 20,379 (1958)
230. FOWLES, W.E.: Ulcerative colitis-criteria for a psychosomatic disease.  
Canad.Psychiatric Ass.J. 9,51 (1964)
231. FRIEDE, I.: The families of children with ulcerative colitis.  
Paper presented at meeting of the Michigan Society of Psychiatry and Neurology,  
Ann Arbor, Michigan. (1966)  
zit.n.: McDermott, J.F. and S.M.Finch: Ulcerative colitis in children. J.Am.Acad.Child.Psychiat. 6,512 (1967)

232. PRUGH, D.C.: Variations in attitude, behavior and feeling states as exhibited in the play of children during modifications in the course of ulcerative colitis.  
Proc.Ass.Res.Nerv.Dis. 28, (1949)
233. PRUGH, D.C.: The influence of emotional factors on the clinical course of ulcerative colitis in children.  
Gastroenterology 18,339 (1951)
234. RANGELL, L.: Die Konversion.  
Psyche 2,121 (1969)
235. RASMUSSEN, A.F.,  
E.S.SPENCER and  
J.T.MARCH: Decrease in susceptibility of mice to passive anaphylaxis following avoidance-learning stress.  
Proc.Soc.Exp.Biol.Med. 100,878 (1959)
236. RATNOFF, O.D. and  
D.P.AGLE: Psychogenic Purpura.  
Medicine 47,475 (1968)
237. ROHRMOSER, H.G.: Zur Psychogenese und Psychotherapie der Colitis ulcerosa.  
Topic Probl.Psychoth.(Basel) 3,119 (1960)
238. RUSIN, V.Y.: On the role of some sections of the nervous system in the development of nonspecific resistance in the organism.  
Fiziol Zh.SSSR Sechenov (Sechenov Physiological Journal of USSR) 54,545 (1968)
239. SCHÄFER, H.: Die Physiologie und die psychosomatische Medizin.  
Psyche 15,59 (1961)
240. SCHAEFFER, G.: Suggestive und übende Verfahren in der Behandlung psychosomatischer Erkrankungen.  
Acta Psychoth. 11,113 (1963)
241. SCHAEFFER, G.: Erfahrungen mit der Psychotherapie der Colitis ulcerosa.
242. SCHAEFFER, G.: Erfahrungen mit Rezidiven in der psychotherapeutischen Dispensaire-Behandlung der Colitis ulcerosa.  
Psychiatr.Neurol.Med.Psychol.20,29 (1968)
243. SCHELLACK, D.: Neurosenpsychologische Faktoren in der Ätiologie und Pathogenese der afebrilen Colitis ulcerosa chronica.  
Z.PsychosomMed. 1,28 (1954/55)
244. SCHELLACK, D.: Grundsätzliches zur Psychosomatik von Darmerkrankungen, insbesondere des spastischen Colon.  
Z.Psychosom.Med. 5,28 und 102 (1958/59)
245. SCHMALE, A.H.: Relationship of separation and depression to disease.  
Psychosom.Med. 20,259 (1958)

146. SCHMALE, A.H.: A genetic view of affects: with special reference to the genesis of helplessness and hopelessness.  
The Psychoanalytic Study of the Child 19,287 (1964)
147. SCHMALE, A.H.: Object loss, "giving up" and disease onset: an overview of research in progress.  
Symposium on medical aspects of stress in the military climate. Washington D.C. (U.S.Govt.Print.Office, S.433-443,) (1965)
148. SCHNEIDER, F.: Ulcerative colitis as a psychosomatic disease.  
Schw.Arch.Neurol.Psychiat. 77,78 (1956)
149. SCHULZ-MENCKE, H.: Der gehemmte Mensch.  
Thieme, Stuttgart 1969
150. SCHULTZ-MENCKE, H.: Lehrbuch der analytischen Psychotherapie.  
Thieme, Stuttgart 1970
151. SCHULZ, L.: Über einen Fall von Colitis ulcerosa.  
Z.Psychosom.Med. 15,181 (1969)
152. SCHUL, M.: Comments on the metapsychology of somatization.  
Psychoanalytic Study of the Child 10,119 (1955)
153. SCHWIDDER, W.: Psychische Faktoren bei Magen- und Darm-  
erkrankungen.  
Z.Psychosom.Med. 1,4 (1954)
154. SCHWIDDER, W.: Grundsätzliches zur Entstehung psychosoma-  
tischer Krankheitssymptome.  
Z.Psychosom.Med. 5,238 (1959)
155. SCHWIDDER, W.: Psychosomatik und Psychotherapie bei  
Störungen und Erkrankungen des Verdauungs-  
traktes.  
Documenta Geigy, Basel 1965
156. SCHWOBEL, G.: Psychosomatische Medizin.Probleme und Wege.  
Rascher, Zürich 1960
157. SELYE, H.: Einführung in die Lehre vom Adaptations-  
syndrom.  
Thieme, Stuttgart 1953
158. SHORTER, R.G.: Further studies of in vitro cytotoxicity  
of lymphocytes from patients with ulcerative  
colitis.  
Gastroenterology 56,304 (1959)
159. SIFNEOS, P.E.: Clinic on psychosomatic problems. Anaclitic  
treatment in a patient with ulcerative colitis.  
Am.J.Med.S.731 (1953)
160. SIM, M.: Psychiatric aspects of ulcerative colitis.  
Med.Press Nr.6206 (1958)
161. SIM, M. and  
B.M.BROOKE: Ulcerative colitis. A test of psychosomatic  
hypotheses.  
The Lancet II,125 (1958)

262. SLOAN, W.P., J.A. BARGEN and R.P. GAGE: Life histories of patients with chronic ulcerative colitis, a review of 2000 cases. Gastroenterology 16,25 (1950)
263. SOLOMON, G.F.: Emotions, immunity and disease: a speculative theoretical integration. Arch.Gen.Psychiatry 11,657 (1964)
264. SOLOMON, G.F., G.S. LEVINE and J. KRAFT: Early experience and immunity. Nature 220,821 (1968)
265. SOLOMON, G.F.: Stress and antibody response in rats. Int.Arch.Allergy 35,97 (1969)
266. SOLOMON, G.F., M. ALLENSMITH, B. McCLELLAN and A. ANKRAUT: Immunoglobulins in psychiatric patients. Arch.Gen.Psychiatry 20,272 (1969)
267. SPERLING, M.: Psychoanalytic study of ulcerative colitis in children. Psychoanalytic Quarterly 15,302 (1946)
268. SPERLING, M.: The psychoanalytic treatment of ulcerative colitis. Int.J.Psychoanalysis 38,341 (1957)
269. SPERLING, M.: Psychiatrische Aspekte der Colitis ulcerosa. Z.Psychosom.Med. 5,171 (1959)
270. SPERLING, M.: Symposium on disturbances of the digestive tract. II. Unconscious phantasy life and object-relationship in ulcerative colitis. Int.J.Psychoanalysis 41,450 (1960)
271. SPERLING, M.: Psychoanalytische Studie über einen Fall von chronischer Colitis ulcerosa. Z.Psychosom.Med. 9,5 (1963)
272. SPIEGELBERG, U.: Zur Psychosomatik des Ulcus pepticum und der Colitis ulcerosa. In: Befinden und Symptom. Enke, Stuttgart 1964
273. SPIEGELBERG, U.: Colitis ulcerosa in psychiatrisch-neurologischer Sicht. Enke, Stuttgart 1965
274. STOKVIS, B.: Psychosomatik. In: Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie, Bd.3, hsg.von Frankl, V.E., E.Freiherr von Gebattel, J.H.Schultz, S.435-560 München 1959
275. STRAKER, M.: Ulcerative colitis; recovery of a patient with brief psychiatric treatment. Canad.Med.Ass.J. 82,1224 (1960)
276. SVESHNIKOV, A.A.: On the mechanism of inhibition of the inflammatory reaction in anaesthesia. Pat.Fiziol.Eksp.Ter. 11,74, Moskau 1967

177. SULLIVAN, A.J. and J. CHANDLER: Ulcerative colitis of psychogenic origin. Yale J. Biol. Med. 4, 779 (1932)
178. SULLIVAN, A.J.: Psychogenic factors in ulcerative colitis. Am. J. Dig. Dis. 2, 651 (1935/36)
179. SULLIVAN, A.J.: Ulcerative colitis and the personality. Am. J. Psychiatry 95, 407 (1938)
180. SUNDBY, H.S. and A.M. AUESTADT: Ulcerative colitis in children. A follow-up study. Act. Psychiatr. Scand. 45, 110 (1967)
181. SUNDER-PLASSMANN, P.: Molekül und Signal-Elemente adaptiver Immunität. Hippokrates 41, 24 (1970)
182. SUNDER-PLASSMANN, P.: Immunität und Individualität. Naturwissenschaftliche Rundschau 25, 281 (1970)
183. SUNDER-PLASSMANN, P.: Startmechanismen der Immunreaktion. Deutsches Ärzteblatt 41, 2715 (1971)
184. SZASZ, T.S.: Psychoanalysis and the autonomic nervous system. Psychoanalyt. Rev. 39, 115 (1952)
185. SZASZ, T.S.: Psychiatric aspects of vagotomy. III. The problem of diarrhea after vagotomy. J. Nerv. Ment. Dis. 115, 394 (1952)
186. TINGMANN, N.: Die Übersprungbewegung. Z. Tierpsychologie 4, 39 (1940)
187. THETFORD, W. and E. SCHUCMAN: Personality patterns in ulcerative colitis. Psychol. Rep. 23, 1206 (1968)
188. THEISINGER, W.: Colitis ulcerosa. Zur Ätiologie, Klinik und Therapie aus chirurgischer Sicht. Med. Wschr. 22, 1252, München 1969
189. TREADWELL, P.E. and A.F. RASMUSSEN: Role of the adrenals in stress induced resistance to anaphylactic shock. J. Immunol. 87, 492 (1961)
190. TUNIS, N.M. and E. DORFEN: A case of reactive depression suffering from ulcerative colitis. Psychiatr. Quart. (suppl) 25, 22 (1951)
191. UENKÜLL, Th. v.: Grundfragen der psychosomatischen Medizin. Rowohlt, Hamburg 1970
192. VESSEY, S.H.: Effects of grouping on levels of circulating antibodies in mice. Proc. Soc. Exp. Biol. Med. 115, 252 (1964)
193. WARREN, I.A. and S.D. KOBERNICK: Studies with experimental neuroses and drug-induced ulceration of the colon in dog. Psychosom. Med. 22, 443 (1960)
194. WATSON, D.M.: Immunological studies in a patient with ulcerative colitis and sarcoidosis. Gut 12, 541 (1971)

295. WEINSTOCK, H.: Hospital psychotherapy in severe ulcerative colitis.  
Arch.Gen.Psychiatry 4,509 (1961)
296. WEINSTOCK, H.: Successfull treatment of ulcerative colitis by psychoanalysis: a survey of 28 cases, with follow-up.  
J.PsychosomResearch 6,243 (1962)
297. WEISS, E. and O. S. ENGLISH: Psychosomatic medicine.  
Philadelphia 1943
298. WEITBRECHT, H. J.: Kritik der Psychosomatik.  
Thieme, Stuttgart 1955
299. WEIZSÄCKER, V. v.: Studien zur Pathogenese.  
Thieme, Wiesbaden 1946
300. WEIZSÄCKER, V. v.: Körpergeschehen und Neurose.  
Klett, Stuttgart 1946
301. WEIZSÄCKER, V. v.: Der Gestaltkreis. (Theorie der Einheit von Wahrnehmen und Bewegen).  
Thieme, Leipzig 1940
302. WEIZSÄCKER, V. v.: Psychosomatische Medizin.  
Verh.deutsch.Ges.Inn.Med., Wiesbaden 1949
303. WENER, J., H. E. HOFF and M. A. SIMON: Production of ulcerative colitis in dogs by the prolonged administration of mecholyl.  
Gastroenterology 12,637 (1949)
304. WENER, J. and A. POLONSKY: Reactions of human colon to naturally occurring and experimental induced emotional states. Observations through transverse colostomy on a patient with ulcerative colitis.  
Gastroenterology 15,84 (1950)
305. WENER, J., H. S. MORTON and A. POLONSKY: The effects of vagotomy on colonic function. Observations through a transverse colostomy in a patient with ulcerative colitis.  
Gastroenterology 22,250 (1952)
306. WEST, R.: Psychotherapy of ulcerative colitis.  
Lancet II,899 (1946)
307. WEST, R.: The place and recognition of emotional factors in the etiology and treatment of chronic non-specific colitis.  
Fortschr.Psychosom.Med. 1,270 (1960)
308. WEST, K. L.: MMPI-correlates of ulcerative colitis.  
J.Clin.Psychol. 26,214 (1970)
309. WILKS, S. and W. MOXON: Lectures on pathologic anatomy.  
Ed.2 J.A.Churchill, London 1875
310. WINKELSTEIN, A.: Discussion of Grace, W. J.: Life situations, emotions and chronic ulcerative colitis.  
A.Res.Nerv.Ment.Dis.Proc. 29,679 (1950)
311. WISDOM, J. O.: On a differentiating mechanism of psychosomatic theory.  
Int.J.Psychoanalysis 40,134 (1959)

512. WISJENBEEK, H.,  
M. MAOZ, I. NITZAN  
and R. GILL: Ulcerative colitis. Psychiatric and  
psychological study of 22 patients.  
Fol. Psychiat. Neurol. Neuroch. Neerlandica  
71, 409 (1968)
513. WISTAR, R. and  
W. H. HILDENMANN: Effects of stress on skin transplantation  
immunity in mice.  
Science 131, 159 (1960)
514. WILLICH, G. H.: Die Stellung der Gruppentherapie im Rahmen  
der mehrdimensionalen Behandlung der  
Colitis ulcerosa.  
In: Kranksein in seiner organischen und  
psychischen Dimension.  
Wissenschaftlicher Dienst, Roche 1969
515. WITTKOWER, E. D.: Ulcerative colitis: personality studies.  
Brit. Med. J. 2, 1356 (1958)
516. WITTKOWER, E. D. and  
R. A. CLEGHORN: Recent developements in psychosomatic medicine.  
London 1954
517. WITTKOWER, E. D. and  
Z. J. LIPOWSKI: Recent developements in psychosomatic medicine.  
Psychosom. Med. 28, 722 (1966)
518. WOLF, St.: The central nervous system regulating  
of the colon.  
Gastroenterology 51, 810 (1966)
519. WOLFF, H. G.: Protective reaction patterns and disease.  
Ann. Int. Med. 27, 944 (1947)
520. WOLFF, H. G.: Life stress and bodily disease.  
Baltimore 1950
521. WOLFF, H. G.: Stress and disease.  
Springfield, III. (1953)
522. WOLFF, H. G.: Man's nervous system and disease.  
A. M. A. Arch. Neurol. 5, 235 (1961)
523. WOLFF, H. G.: A concept of disease in man.  
Psychosom. Med. 24, 25 (1962)
524. ZEFF, Z.: Zur Theorie der psychosomatischen Erkrankung.  
Fischer, Frankfurt 1973



## LEBENS LAUF

Am 5.1.1946 wurde ich als 5. Kind des praktischen Arztes und späteren Sanitätsoffiziers Dr. Wolfgang Philipp und seiner Frau Katja in Stade/Elbe geboren.

Ich besuchte die Volksschule und das Gymnasium in meiner Heimatstadt bis zum 16. Lebensjahr. Nach Umzug meiner Familie nach Mainz legte ich dort 1965 das Abitur ab.

Im selben Jahr nahm ich das Studium der Medizin an der Mainzer Johannes Gutenberg-Universität auf. Mit Ausnahme des Sommersemesters 1969 absolvierte ich das gesamte Studium in Mainz.

Nach dem Staatsexamen im Dezember 1970 heiratete ich meine Ehefrau Barbara. 1971 und 1972 kamen unsere beiden Kinder Andreas und Viktoria zur Welt.

Unmittelbar nach der einjährigen Medizinalassistentenzeit in der Mainzer Universitätsklinik verpflichtete ich mich auf zwei Jahre zur Bundeswehr und arbeitete als Stabsarzt in der Psychiatrischen Abteilung des Bundeswehrzentralkrankenhauses Koblenz.

Am 1.1.1974 trat ich meine jetzige Stelle als wissenschaftlicher Mitarbeiter der Mainzer Neuropsychiatrischen Klinik an (Direktor: Prof. Dr. U. H. Peters).

Ich beabsichtige, meine klinische Ausbildung und wissenschaftliche Tätigkeit an dieser Klinik fortzusetzen.

Mainz, im Frühjahr 1975









